



DZIENNIK URZĘDOWY

MINISTRA ZDROWIA

Warszawa, dnia 16 września 2026 r.

Poz. 70

Podpisany przez:

Mateusz Oczkowski

Data: 16.09.2026 17:29:35



OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 16 września 2026 r.

w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobów medycznych²⁾

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 i 791) ustala się na dzień 1 października 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 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., od dnia 1 stycznia 2026 r., od dnia 1 kwietnia 2026 r. oraz od dnia 1 lipca 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 2026-09-16 (poz. 70)

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2026-10-01

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	2024-07-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	12,30	13,28	14,08	19,05	19,05	Cukrzyca		30%	5,15
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	2024-07-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	8,70	9,40	9,96	12,87	9,53	Cukrzyca		30%	5,58
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,10	8,75	9,29	11,57	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,54
4	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	2024-04-01	5 lat	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	9,24	9,98	10,57	14,66	14,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,35
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	2024-10-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	8,98	9,70	10,28	14,23	13,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,61
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	23,05	23,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,53
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	42,66	42,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,33
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	15,97	13,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,42
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	26,48	26,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2025-07-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacię do stosowania doustnego	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,29
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacię do stosowania doustnego	10,67	11,52	12,21	16,16	13,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,59
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacię do stosowania doustnego	19,47	21,03	22,29	28,74	26,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,95
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacię do stosowania doustnego	35,99	38,87	41,20	50,66	50,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,80
14	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
15	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
16	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
17	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
18	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	2025-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,73	8,35	8,89	12,49	12,49	Osteoporoza		30%	3,75
19	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
20	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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 mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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
22	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
23	Acidum ursodeoxycholicum	Poursan, 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
24	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	75,15	81,16	86,03	99,78	99,78	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	26,94
25	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	68,00	73,44	77,85	91,04	89,80	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	25,36
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	45,00	48,60	51,52	62,13	59,87	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby; Wewnątrzwątrobowa cholestaza ciężamych		30%	18,20
27	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
28	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
29	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
30	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
31	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
32	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
33	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki 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
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	12,99	17,11	14,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,89
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki 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
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	17,80	23,70	23,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
37	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
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	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
39	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
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	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
41	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
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	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
43	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
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	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
45	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2025-01-01	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
47	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
48	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2026-01-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - 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
49	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
50	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
51	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
52	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
53	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
54	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
55	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
56	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
57	Adrenalinum	Jext, roztwór do wstrzykiwań, 0,15 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	08435588301010	2026-01-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	155,70	168,16	178,24	196,19	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	98,10
58	Adrenalinum	Jext, roztwór do wstrzykiwań, 0,3 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	08435588301027	2026-01-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	155,70	168,16	178,24	196,19	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	98,10
59	Agomelatinum	Agolek, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
60	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
61	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - 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
62	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - 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
63	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	56 szt.	05995327174969	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
64	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	0383898699352	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
65	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fioł.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118	2025-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	330,92	357,39	378,84	409,54	409,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
66	Alfacalcidolum	Alfadiol, kaps. miękkie, 0,25 µg	100 szt.	05909990296828	2026-10-01	3 lata	18.4, Witamina D i analogi	14,13	15,26	16,18	26,15	26,15	Niedoczynność przytarczyc; osteodystrofia nerkowa; zaburzenia gospodarki wapniowej u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek; hipokalcemia, zwłaszcza u pacjentów ze schorzeniami prowadzącymi do upośledzenia hydroksylacji witaminy D w nerkach; zespoły nerczykowe u dzieci po długotrwałym leczeniu glikokortykosteroidami; osteoporoza postmenopauzalna i starcza z jednoczesnym niedoborem witaminy D lub jej czynnych metabolitów; krzywica i osteomalacja oporne na witaminę D;		30%	6,67
67	Alfacalcidolum	Alfadiol, kaps. miękkie, 1 µg	100 szt.	05909990296927	2026-10-01	3 lata	18.4, Witamina D i analogi	25,00	27,00	28,62	46,64	46,64	Niedoczynność przytarczyc; osteodystrofia nerkowa; zaburzenia gospodarki wapniowej u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek; hipokalcemia, zwłaszcza u pacjentów ze schorzeniami prowadzącymi do upośledzenia hydroksylacji witaminy D w nerkach; zespoły nerczykowe u dzieci po długotrwałym leczeniu glikokortykosteroidami; osteoporoza postmenopauzalna i starcza z jednoczesnym niedoborem witaminy D lub jej czynnych metabolitów; krzywica i osteomalacja oporne na witaminę D;		30%	11,89
68	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990746576	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	20,61	26,82	25,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,34
69	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	20,52	20,52	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
70	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	8,45	9,13	9,68	12,35	8,58	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,97
71	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990837816	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	22,30	24,08	25,53	31,74	25,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,26
72	Allopurinolum	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
73	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
74	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
75	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
76	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
77	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
78	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
79	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
80	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
81	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
82	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
83	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
84	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
85	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
86	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
87	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
88	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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
90	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
91	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818	2024-04-01	3 lata	31.0, Leki przeciwartymiczne klasy III - amiodaron	22,13	23,90	25,34	32,59	32,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76
92	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyszotyczne - 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
93	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyszotyczne - 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
94	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyszotyczne - 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
95	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 przeciwpyszotyczne - 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
96	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyszotyczne - 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
97	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 przeciwpyszotyczne - 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
98	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyszotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,55	107,55	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
99	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 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 przeciwpyszotyczne - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,55	107,55	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
101	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990936557	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,55	107,55	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
102	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 przeciwpyschotyczne - 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
103	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - 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
104	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	22,00	23,76	25,19	32,24	27,57	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,87
105	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	43,95	47,47	50,32	60,57	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	8,62
106	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991466114	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	83,80	90,50	95,94	110,19	110,19	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
107	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991520250	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,29	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
108	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	86,55	93,47	99,08	113,33	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,24
109	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
110	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,80	3,02	3,56	6,31	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
111	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
112	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
113	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
114	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
115	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
116	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
117	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
118	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
119	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	11,10	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,75
120	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
121	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
122	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
123	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
124	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
125	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
126	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	2026-01-01 - 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	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.	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
128	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	12,10	13,07	13,86	18,60	18,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,58
129	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	6,05	6,53	7,07	9,82	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,30
130	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
131	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
132	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,00	9,72	10,30	15,04	15,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,51

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
133	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
134	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
135	Amlodipinum	Normopidine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,86	8,49	9,03	13,77	13,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,13
136	Amlodipinum	Normopidine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,90	4,21	4,75	7,50	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,25
137	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
138	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
139	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
140	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
141	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
142	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	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
143	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
144	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	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
145	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - 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
146	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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 u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
147	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - 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
148	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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 u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
149	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,75	9,45	10,02	13,28	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,76
150	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,50	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
151	Amlodipinum + Valsartanum	Sarpin, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991293888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,78	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,73
152	Amlodipinum + Valsartanum	Wamlox, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991267759	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	17,26	18,30	23,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,71
153	Amlodipinum + Valsartanum	Wamlox, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991267629	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	17,26	18,30	23,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,71
154	Amlodipinum + Valsartanum	Wamlox, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991267537	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,99	8,63	9,17	12,43	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,91

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
155	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	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
156	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	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
157	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45
158	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
159	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
160	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
161	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,75	21,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,28
162	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,35	26,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
163	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,31	10,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,27
164	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,37	13,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,75
165	Amoxicillinum	Amotaks, granulāt 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
166	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
167	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,35	26,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
168	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,37	13,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,75
169	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,76	13,78	14,61	19,80	19,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,92
170	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,75	21,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,28
171	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,31	10,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,27
172	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	11,58	12,27	16,71	15,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,69
173	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,26	10,00	10,61	16,04	16,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
174	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	14,48	14,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
175	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	9,50	9,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
176	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	13,03	14,07	14,91	20,34	20,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
177	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	15,34	16,57	17,56	23,62	23,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,53
178	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	23,36	25,23	26,74	34,80	34,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
179	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,29	17,59	18,65	25,08	25,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	32,59	39,68	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	24,11
181	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, Penicyliny 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
182	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, Penicyliny 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
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,17	13,14	13,93	18,76	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,30
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2025-07-01 - dla kolumny 14, 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
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,38	18,77	19,89	26,89	26,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,45
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2025-01-01 - dla kolumny 14, 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
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,20	17,50	18,54	23,24	16,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,90
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	25,80	27,86	29,54	36,89	33,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,21
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesziny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	27,41	29,60	31,37	38,80	34,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,77
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesziny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	14,58	15,75	16,69	21,93	19,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,20
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,26	25,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,63
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	16,95	16,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,61
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,40	23,11	24,49	31,84	31,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,92
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	24,49	25,96	33,05	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,48
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	11,34	12,25	12,98	17,47	15,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,69

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	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
198	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
199	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
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,03	10,83	11,48	15,46	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,12
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,23	14,29	15,14	19,97	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,51
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,42	26,37	27,96	34,96	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,15
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,52	31,88	33,79	42,31	42,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,16
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe 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
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	12,90	13,93	14,76	19,46	16,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,12
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,90	12,85	13,62	18,45	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,99
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,75	19,17	20,33	27,33	27,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,67

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,05	9,77	10,36	14,85	14,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,43
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	20,79	22,04	29,04	29,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,52
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,65	19,06	20,21	27,21	27,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,61
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,75	26,73	28,34	36,86	36,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,43
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,04	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,23
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,52	28,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,26
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,20	30,46	32,28	41,05	41,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,53
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	32,59	39,68	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,70
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,99	20,51	21,74	26,23	15,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,61
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,06	10,86	11,51	14,08	7,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,17
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	16,77	18,11	19,20	24,03	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,01

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,26	26,20	27,78	34,27	25,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,42
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	33,08	40,08	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,74
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	38,44	41,52	44,01	52,78	44,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	27,51
222	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	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
223	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,25	40,23	42,65	52,45	48,56	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,89
224	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082162	<1>2025-07-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	42,65	46,06	48,83	58,63	48,56	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, u których stwierdzono w guzie obecność receptora estrogenowego	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	10,07
225	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991529468	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,14	36,87	39,09	49,20	49,20	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
226	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991457808	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,15	36,88	39,10	48,90	48,56	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,34
227	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990756711	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,80	48,38	51,29	61,09	48,56	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	12,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
228	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,50	48,56	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,15
229	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082148	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,00	47,52	50,37	60,17	48,56	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, u których stwierdzono w guzie obecność receptora estrogenowego	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	11,61
230	Apixabanum	Abatixent, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05907626709926	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwnowotworowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,75	23,49	24,90	32,04	29,80	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 przebyte udar mózgu lub przemijający napad niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	11,18
231	Apixabanum	Abatixent, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05907626709940	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwnowotworowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	43,50	46,98	49,80	60,17	59,60	<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 przebyte udar mózgu lub przemijający napad niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	18,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
232	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powł., 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	20,49	9,93	Żylne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	13,54
233	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05900411013888	2026-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,73	23,47	24,87	32,01	29,80	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 niedokrwieny; wiek ≥ 75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA $\geq$ II);		30%	11,15
234	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powł., 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	72,01	55,63	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	33,07
235	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05900411013901	2026-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	43,46	46,94	49,76	60,13	59,60	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 niedokrwieny; wiek ≥ 75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA $\geq$ II);		30%	18,41
236	Apixabanum	Apixaban Gedeon Richter, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05907594033672	2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	7,16	7,73	8,27	11,59	9,93	<1>Żylne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 niedokrwieny; wiek ≥ 75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA $\geq$ II);		30%	4,18

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
237	Apixabanum	Apixaban Gedeon Richter, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05907594033696	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,75	23,49	24,90	32,04	29,80	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	10,06
238	Apixabanum	Apixaban Gedeon Richter, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05907594033719	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	43,50	46,98	49,80	60,17	59,60	<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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	16,61
239	Apixabanum	Apixabanum Teva, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05908289660678	2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,00	22,68	24,04	31,18	29,80	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	10,32

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
240	Apixabanum	Apixabanum Teva, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991516161	2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	42,00	45,36	48,08	58,45	58,45	<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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	17,54
241	Apixabanum	Avoclod, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05909991559335	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,54	23,26	24,66	31,80	29,80	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	10,94
242	Apixabanum	Avoclod, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991559427	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	40,20	43,42	46,02	56,06	55,63	<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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	17,12

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
243	Apixabanum	Axipio, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05909991489717	2026-10-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,45	23,17	24,56	31,70	29,80	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej; <3>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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	10,84
244	Apixabanum	Axipio, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991489779	2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	42,90	46,33	49,11	59,48	59,48	<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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	17,84
245	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	60,00	64,80	68,69	72,01	9,93	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	65,06
246	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	200,00	216,00	228,96	239,00	55,63	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	200,06

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
247	Apixabanum	Embavi, tabl. powł., 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	20,49	9,93	<1>Żylnie powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	13,54
248	Apixabanum	Embavi, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05995327201269	2026-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,50	23,22	24,61	31,75	29,80	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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	10,89
249	Apixabanum	Embavi, tabl. powł., 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	27,68	19,87	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	13,77
250	Apixabanum	Embavi, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05995327201337	2026-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	43,00	46,44	49,23	59,60	59,60	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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	17,88
251	Apixabanum	Poltixa, tabl. powł., 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	30,00	32,40	34,34	41,48	29,80	<1>Żylnie powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	18,56

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
252	Apixabanum	Poltixa, tabl. powł., 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	76,77	59,60	<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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	31,55
253	Apixabanum	Voziberin, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909991575731	2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	7,16	7,73	8,27	11,59	9,93	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	4,64
254	Apixabanum	Voziberin, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05909991575748	2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,50	23,22	24,61	31,75	29,80	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	10,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
255	Apixabanum	Voziberin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991575816	2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	43,00	46,44	49,23	59,60	59,60	<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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	17,88
256	Apixabanum	Vyselik, kaps. twarde, 2,5 mg	20 szt.	05901085059028	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	7,25	7,83	8,37	11,69	9,93	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	4,27
257	Apixabanum	Vyselik, kaps. twarde, 2,5 mg	60 szt.	05901085059035	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	21,75	23,49	24,90	32,04	29,80	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; 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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	10,06

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
258	Apixabanum	Vyselik, kaps. twarde, 5 mg	60 szt.	05901085059042	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	43,50	46,98	49,80	60,17	59,60	<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 niedokrwienności; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	16,61
259	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	75,22	75,22	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, dokсорubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
260	Aprepitantum	Aprepitant Viatrix, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2026-10-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	59,50	64,26	68,12	80,38	80,38	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, dokсорubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
261	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,81	109,95	116,55	131,80	131,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
262	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	59,94	64,74	68,62	82,42	82,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
263	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	59,95	64,75	68,63	82,43	82,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
264	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
265	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	119,89	129,48	137,25	155,09	155,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
266	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
267	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
268	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
269	Aripiprazolum	Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	1 fiol. proszku + fiol. rozp.	05702157142200	2026-07-01	3 lata	178.12, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	785,70	848,56	899,47	935,31	935,31	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia aripiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
270	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	49,00	52,92	56,10	67,35	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,99
271	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	103,78	112,08	118,81	134,06	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,58
272	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	75,89	81,96	86,88	100,68	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
273	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	160,00	172,80	183,17	201,01	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
274	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	22,92	24,75	26,24	34,04	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,26
275	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	49,00	52,92	56,10	67,35	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,99
276	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2><3>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
277	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,96
278	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,62
279	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,93
280	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,86

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
281	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 przeciwpyszotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
282	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 przeciwpyszotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,26
283	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyszotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,56
284	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	56 szt.	05900411013505	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyszotyczne - aripiprazol	303,84	328,15	347,84	370,47	370,47	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
285	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	84 szt.	05900411013512	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyszotyczne - aripiprazol	455,76	492,22	521,76	549,17	549,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,92
286	Aripiprazolum	Apra, tabl., 5 mg	28 szt.	05906414001051	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyszotyczne - aripiprazol	25,32	27,35	28,99	36,79	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,37
287	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 przeciwpyszotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,83
288	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 przeciwpyszotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,62

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
289	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,93
290	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,13
291	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
292	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,26
293	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,56
294	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,38
295	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	5 lat - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,85	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,72
296	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,07

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
297	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,16
298	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,43
299	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
300	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,53
301	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,31
302	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,35
303	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
304	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
305	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,64
306	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
307	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,75
308	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,73
309	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
310	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	60 szt.	05901720141774	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	151,00	163,08	172,86	191,04	191,04	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
311	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
312	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
313	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-04-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
314	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
315	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
316	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
317	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
318	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
319	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,94
320	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
321	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	79,00	85,32	90,44	104,24	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,59
322	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	240,00	259,20	274,75	297,38	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
323	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,18
324	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,65
325	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,69
326	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,27
327	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,60
328	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
329	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
330	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2024-10-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,90
331	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,49
332	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
333	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2024-10-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,96
334	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,31
335	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 przeciwpyschotyczne - 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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
336	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2024-10-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	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-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
337	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,50	52,38	55,52	67,13	67,13	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
338	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,56	83,76	88,79	103,17	103,17	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
339	Atomoxetine	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,47	23,19	24,58	31,73	30,14	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	4,79
340	Atomoxetine	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	38,75	41,85	44,37	54,26	54,26	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
341	Atomoxetine	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2025-10-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	55,10	59,51	63,08	74,69	74,69	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
342	Atomoxetine	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	51,95	56,11	59,48	71,53	71,53	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
343	Atomoxetine	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2025-10-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	88,44	95,52	101,25	115,63	115,63	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
344	Atomoxetine	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241	2026-10-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	79,90	86,29	91,47	106,20	106,20	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
345	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,02	7,58	8,12	9,72	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,76
346	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,15	14,20	15,06	17,80	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
347	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,85	25,76	27,30	32,02	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	20,18
348	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	7,99	9,59	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,63
349	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,70	22,36	23,70	27,59	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,71
350	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,60	10,37	10,99	13,73	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,81
351	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,05	19,49	20,66	25,38	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,54

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
352	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,80	31,10	32,97	39,33	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,57
353	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,28	14,34	15,21	19,10	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,22
354	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,00	27,00	28,62	34,98	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,22
355	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,20	20,74	21,98	26,70	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,86
356	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,10	38,99	41,33	48,71	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	25,03

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
357	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	52,72	56,94	60,35	69,69	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	34,17
358	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,71	31,01	32,86	39,22	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,46
359	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,28	41,34	43,83	51,21	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	27,53
360	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991321611	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	5,71	6,25	8,99	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,07
361	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	16,16	16,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
362	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	4,00	5,60	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,64
363	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,95	6,43	6,97	9,71	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,79
364	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,20	9,94	10,53	14,42	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,54
365	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,95	12,91	13,68	18,40	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,56
366	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,32	15,47	16,39	22,75	22,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,83

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
367	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,09	20,62	21,86	29,24	29,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,77
368	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,00	3,24	3,78	5,38	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,42
369	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,20	6,70	7,24	9,98	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,06
370	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,07	11,96	12,67	17,39	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,55
371	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,60	17,93	19,01	25,37	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,61

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
372	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,40	13,39	14,19	18,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,07
373	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,13	23,90	25,34	32,72	32,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,82
374	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,20	35,86	38,01	47,35	47,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,21
375	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,02	23,78	25,21	32,59	32,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,78
376	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,49

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
377	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
378	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,35	2,54	3,08	4,68	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,72
379	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,49
380	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	08595566453541	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
381	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991444747	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,95	15,07	15,97	22,33	22,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
382	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
383	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08595566453589	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,60	20,09	21,30	28,68	28,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,60
384	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,60	20,09	21,30	28,68	28,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,60
385	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,70
386	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,49

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
387	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
388	Atorvastatinum	Atorvastanol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,19	7,77	8,31	9,91	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,26
389	Atorvastatinum	Atorvastanol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,39	15,54	16,47	19,21	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,96
390	Atorvastatinum	Atorvastanol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,79	31,09	32,96	37,68	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,26
391	Atorvastatinum	Atorvastanol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,17	28,26	29,96	37,34	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,29

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
392	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,69
393	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,49
394	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,75	9,45	10,02	14,53	14,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,36
395	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
396	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,75	32,13	34,06	41,44	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
397	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	7,99	9,59	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,97
398	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,95	7,51	8,05	10,79	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,38
399	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,65	10,42	11,05	14,94	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,45
400	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	11,66	12,37	15,11	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,27
401	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,25	13,23	14,03	18,75	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,22

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
402	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,25	19,71	20,90	27,26	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,55
403	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,70	23,44	24,84	29,56	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,95
404	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,36	25,23	26,74	34,12	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,40
405	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,20	39,10	41,44	50,78	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,73
406	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	7,16	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
407	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	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
408	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	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
409	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,81	8,43	8,97	11,71	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,79
410	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	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
411	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,35	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
412	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,69	16,95	17,96	22,68	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,84
413	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,16	26,09	27,66	35,04	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,36
414	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,50	38,34	40,64	49,98	49,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,99
415	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,69	3,99	4,53	6,13	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,17
416	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,38	7,97	8,51	11,25	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,33

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
417	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,10	7,67	8,21	12,10	12,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,63
418	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,76	15,94	16,90	21,62	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,78
419	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,20	15,34	16,25	22,61	22,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,78
420	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	33,20	40,58	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,90
421	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,55	35,15	37,26	44,64	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	20,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
422	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,90	6,37	6,91	8,51	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,55
423	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,60	9,29	9,85	12,59	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,67
424	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,30	17,60	18,66	23,38	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,54
425	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	48,90	52,81	55,98	65,32	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	29,80
426	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,00	7,56	8,10	9,70	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,07

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
427	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,00	15,12	16,03	18,77	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,57
428	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	27,93	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,14
429	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,16	12,05	12,78	15,52	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,64
430	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,80	22,46	23,81	28,53	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,02
431	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,05	33,53	35,54	41,90	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
432	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,85	18,20	19,29	24,01	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,95
433	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,33	29,52	31,29	38,67	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,49
434	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	40,49	43,73	46,35	55,69	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,15
435	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,00	42,12	44,65	52,03	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	25,52
436	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,15	7,72	8,26	12,15	12,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
437	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	16,37	22,73	22,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,82
438	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	16,37	22,73	22,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,82
439	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
440	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
441	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
442	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
443	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,69	55,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,56
444	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2025-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,69	55,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
445	Azelastini hydrochloridum + Fluticasoni propionas	Allerduo, aerozol do nosa, zawiesina, 137 µg + 50 µg /dawkę donosową	1 but. po 120 dawek	05909991529871	2026-10-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	22,00	23,76	25,19	28,92	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,45
446	Azelastini hydrochloridum + Fluticasoni propionas	Azelin, aerozol do nosa, zawiesina, 137 µg + 50 µg /dawkę donosową	1 but. po 120 dawek	05909991549879	2026-10-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	22,50	24,30	25,76	29,49	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,02
447	Azelastini hydrochloridum + Fluticasoni propionas	Fanipos Plus, aerozol do nosa, zawiesina, 137 µg + 50 µg /dawkę donosową	1 but. po 120 dawek	05909991531720	2026-10-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	21,50	23,22	24,61	28,34	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,87
448	Azelastini hydrochloridum + Fluticasoni propionas	Flazena, aerozol do nosa, zawiesina, 137 µg + 50 µg /dawkę donosową	1 but. po 120 dawek	05909991558819	2026-10-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	22,50	24,30	25,76	29,49	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,02
449	Azelastini hydrochloridum + Fluticasoni propionas	Flutixon Nasal, aerozol do nosa, zawiesina, 137 µg + 50 µg /dawkę donosową	1 but. po 120 dawek	05900411013222	2026-07-01	2 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	30,00	32,40	34,34	38,07	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,60
450	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 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	18,91	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,40
451	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,06	24,90	26,40	30,57	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,75
452	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,57	14,66	15,53	19,70	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
453	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	17,08	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,49
454	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	30,01	18,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,83
455	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	42,77	27,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	29,00
456	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	52,60	34,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	35,39
457	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 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	22,94	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	15,43
458	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 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	15,61	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,10
459	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 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	19,88	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,37
460	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 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	15,03	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	7,52
461	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	22,60	18,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,42
462	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	27,54	27,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,77
463	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	27,07	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	13,51	17,68	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,15
465	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,61	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	7,29
466	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	17,08	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,49
467	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 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	22,96	7,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	19,20
468	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	24,55	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,04
469	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 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	24,55	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,04
470	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	30,01	18,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,83
471	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	42,65	27,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	28,88
472	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
473	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 zaostżeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	103,54
474	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inhalacyjny, roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 180 daw.	08025153008156	<1>2026-10-01/<2>2026-07-01	<1>9 miesięcy/<2>1 rok	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 dorosłych 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 zaostżeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	92,40
475	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
476	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
477	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
478	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
479	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
480	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	2026-10-01	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
481	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991564292	2026-10-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	72,10	77,87	82,54	96,16	93,89	Astma		ryczałt	5,47
482	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
483	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
484	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
485	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
486	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
487	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	57,99	49,83	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	11,36
488	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
489	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
490	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampulek po 1 ml	05909990121625	2025-01-01	3 lata	81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego	73,00	78,84	83,57	97,20	97,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	48,60
491	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2026-07-01	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
492	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
493	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
494	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
495	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
496	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
497	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,75	90,45	95,88	109,98	106,43	Jaskra		ryczałt	12,51
498	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,11	28,20	29,89	37,99	35,48	Jaskra		ryczałt	5,71
499	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,72	29,94	31,73	39,83	35,48	Jaskra		ryczałt	7,55
500	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	89,81	95,20	109,30	106,43	Jaskra		ryczałt	11,83
501	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,81	32,19	34,13	42,23	35,48	Jaskra		ryczałt	9,95
502	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,55	96,71	102,51	116,61	106,43	Jaskra		ryczałt	19,14
503	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	2026-10-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,88	32,27	34,20	42,30	35,48	Jaskra		ryczałt	10,02
504	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	2026-10-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,68	96,85	102,66	116,76	106,43	Jaskra		ryczałt	19,29

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
505	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,70	32,08	34,00	42,10	35,48	Jaskra		ryczałt	9,82
506	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
507	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
508	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,94	13,98	14,82	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,76
509	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,47	6,99	7,53	11,59	11,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	2,88
510	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,60	16,85	17,86	24,44	24,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,76
511	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	23,40	25,27	26,78	34,93	34,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	8,64
512	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,80	8,42	8,96	13,02	13,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	2,88
513	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,70	12,64	13,39	18,76	18,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,32
514	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,40	6,91	7,45	11,51	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
515	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,20	3,46	4,00	6,28	6,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
516	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	12,32	12,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
517	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	7,50	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
518	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,24	6,74	7,28	11,34	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
519	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,60	14,69	15,57	22,15	22,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
520	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,54	3,82	4,36	6,64	6,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
521	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,80	7,34	7,88	11,94	11,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
522	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	11,50	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
523	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	6,27	6,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
524	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,54	9,22	9,77	13,83	13,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
525	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,08	18,45	19,55	26,13	26,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
526	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,27	4,61	5,15	7,43	7,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
527	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,54	9,22	9,77	13,83	13,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
528	Brexipiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05038256002863	2026-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - breksipiprazol	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
529	Brexipiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05038256002870	2026-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - breksipiprazol	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
530	Brexipiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 3 mg	28 szt.	05038256002887	2026-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - breksipiprazol	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
531	Brexipiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05038256002894	2026-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - breksipiprazol	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
532	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,56	18,96	20,10	26,57	26,57	Jaskra		ryczałt	3,20
533	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2026-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,99	21,59	22,89	29,36	26,59	Jaskra		ryczałt	5,97
534	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 anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	46,00	49,68	52,66	64,15	64,15	Jaskra		ryczałt	8,00

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
540	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,51	26,59	Jaskra		ryczałt	7,12
541	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	59,55	64,31	68,17	79,66	79,66	Jaskra		ryczałt	8,00
542	Brivaracetamum	Abavalex, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	09008732019346	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	124,05	133,97	142,01	158,56	158,56	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
543	Brivaracetamum	Brabela, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991582647	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	310,20	335,02	355,11	375,97	317,12	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	64,82
544	Brivaracetamum	Brabela, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991582609	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	155,10	167,51	177,56	194,11	158,56	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	38,75
545	Brivaracetamum	Brabela, tabl. powł., 75 mg	56 szt.	05909991582623	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	232,65	251,26	266,34	285,25	237,84	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 po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	51,89
546	Brivaracetamum	Brivaracetam Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991588458	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	310,20	335,02	355,11	375,97	317,12	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	64,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
547	Brivaracetamum	Brivaracetam Accord, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991588342	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	155,10	167,51	177,56	194,11	158,56	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	38,75
548	Brivaracetamum	Brivaracetam Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991586515	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	310,20	335,02	355,11	375,97	317,12	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	64,82
549	Brivaracetamum	Brivaracetam Teva, tabl. powł., 25 mg	56 szt.	05909991586492	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	77,55	83,75	88,78	101,33	79,28	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	25,25
550	Brivaracetamum	Brivaracetam Teva, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991586508	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	155,10	167,51	177,56	194,11	158,56	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	38,75
551	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	236,00	254,88	270,17	287,23	169,89	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	120,54
552	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	220,00	237,60	251,86	268,41	158,56	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	113,05
553	Brivaracetamum	Eronavis, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	06432100108036	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	155,10	167,51	177,56	194,11	158,56	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	38,75
554	Brivaracetamum	Gemgerta, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991580476	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	155,10	167,51	177,56	194,11	158,56	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	38,75

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
555	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
556	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
557	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
558	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
559	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
560	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
561	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
562	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
563	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
564	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
565	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49
566	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
567	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
568	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
569	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
570	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
571	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
572	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
573	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
574	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
575	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
576	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
577	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - 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
578	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
579	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
580	Budesonidum	Budaiir, 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
581	Budesonidum	Budaiir, 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
582	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
583	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
584	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
585	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2025-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,54
586	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
587	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
588	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
589	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	2026-10-01	1 rok 3 miesiące	11.2, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - w eozynofilowym zapaleniu przełyku	1521,81	1643,55	1742,17	1794,86	1794,86	Leczenie eozynofilowego zapalenia przełyku (ang. eosinophilic esophagitis, EoE) u dorosłych pacjentów (w wieku powyżej 18 lat) uprzednio leczonych inhibitorami pompy protonowej (IPP) – leczenie indukcyjne, do 12 tygodni (warunkiem wdrożenia leczenia jest udokumentowanie wykonania badania endoskopowego z pobraniem do oceny histopatologicznej co najmniej 6 wycinków błony śluzowej z proksymalnej i dystalnej części przełyku, z potwierdzeniem EoE poprzez obecność równej lub większej od 15 liczby eozynofili w dużym powiększeniu)		ryczałt	4,80
590	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 - postacię 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
591	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 - postacię 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
592	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 - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
593	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 - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
594	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 - postacię 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
595	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 - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,54
596	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
597	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
598	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,62	81,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
599	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,62	81,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
600	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	2025-04-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,30	52,16	55,30	66,27	66,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,26
601	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	2025-04-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,30	52,16	55,30	66,27	66,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,26
602	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	2025-04-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
603	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	2025-04-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
604	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	2025-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
605	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	2025-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49
606	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991233099	2025-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	81,01	81,01	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
607	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991233099	2025-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	81,01	81,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,30
608	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
609	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
610	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
611	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
612	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
613	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 daw.	05907626709476	2026-10-01	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
614	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
615	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
616	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
617	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
618	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
619	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
620	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971	2026-10-01	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
621	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988	2026-10-01	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
622	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995	2026-10-01	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
623	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2026-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,52	107,48	113,93	127,55	93,89	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	61,83
624	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
625	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
626	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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
628	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
629	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
630	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
631	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
632	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
633	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
634	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
635	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
636	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
637	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
638	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
639	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
640	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,89	88,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
641	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	88,33	95,40	101,12	115,63	115,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
642	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	88,33	95,40	101,12	115,63	115,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
643	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 - postaci do stosowania przezskórnego	44,83	48,42	51,32	61,83	59,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,77
644	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 - postaci do stosowania przezskórnego	44,83	48,42	51,32	61,83	59,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,57
645	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 - postaci do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,89	88,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
646	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 - postaci do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,89	88,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
647	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 - postaci do stosowania przezskórnego	87,50	94,50	100,17	114,68	114,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
648	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 - postaci do stosowania przezskórnego	87,50	94,50	100,17	114,68	114,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
649	Bupropioni hydrochloridum	Bucidar, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991564063	2026-10-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,75	20,25	21,47	25,94	15,13	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)		30%	15,35
650	Bupropioni hydrochloridum	Bucidar, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991564094	2026-10-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,50	40,50	42,93	50,01	30,26	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)		30%	28,83
651	Bupropioni hydrochloridum	Bupropion Neuraxpharm, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991454562	2026-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	34,34	38,81	15,13	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)		30%	28,22
652	Bupropioni hydrochloridum	Bupropion Neuraxpharm, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991450892	2026-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,00	54,00	57,24	64,32	30,26	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)		30%	43,14
653	Bupropioni hydrochloridum	Oribion, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991247836	2026-10-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,75	20,25	21,47	25,94	15,13	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)		30%	15,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
654	Bupropioni hydrochloridum	Welbox, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05901720140500	2026-10-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,75	20,25	21,47	25,94	15,13	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)		30%	15,35
655	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
656	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
657	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2026-01-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	170,00	183,60	194,62	213,02	213,02	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
658	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
659	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
660	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
661	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
662	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
663	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
664	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
665	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	1 poj. po 60 g	05909991283599	2026-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	120,00	129,60	137,38	151,14	105,80	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	77,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
666	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
667	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2026-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	87,30	94,28	99,94	113,70	105,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,64
668	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816	2025-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i analogi	35,50	38,34	40,64	50,15	47,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,97
669	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823	2025-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i analogi	71,00	76,68	81,28	94,79	94,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,44
670	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2026-04-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	125,35	135,38	143,50	154,89	70,80	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	105,33
671	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,75	14,85	15,75	21,21	21,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,36
672	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	naciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
673	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	naciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
674	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	naciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
675	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
676	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
677	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
678	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
679	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
680	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
681	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
682	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
683	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
684	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
685	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
686	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
687	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
688	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
689	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
690	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
691	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
692	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
693	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
694	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
695	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
696	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
697	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
698	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
699	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
700	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
701	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
702	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
703	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
704	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
705	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
706	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
707	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
708	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
709	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
710	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
711	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
712	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
713	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
714	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
715	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
716	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
717	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
718	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
719	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
720	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
721	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,02	32,42	34,37	42,98	42,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,89
722	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
723	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
724	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
725	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
726	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
727	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
728	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
729	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
730	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
731	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
732	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
733	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
734	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
735	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
736	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
737	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
738	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
739	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
740	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
741	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
742	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
743	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
744	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
745	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
746	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
747	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
748	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
749	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
750	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
751	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
752	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
753	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
754	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
755	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
756	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
757	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
758	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
759	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
760	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
761	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
762	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
763	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
764	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 przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
765	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 przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
766	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 przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
767	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	9,80	5,00	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%	6,30
768	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	13,71	10,00	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%	6,71
769	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	7,78	2,50	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%	6,03
770	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	9,39	9,95	11,62	5,00	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%	7,31
771	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,99	11,87	12,58	15,47	10,00	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%	7,62
772	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,29	2,50	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,89
773	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	10,26	5,00	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%	6,76
774	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	14,22	10,00	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%	7,22
775	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	7,76	2,50	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%	6,01
776	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	11,63	5,00	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%	7,32
777	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	15,48	10,00	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%	7,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
778	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	8,50	1,25	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,87
779	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	8,29	2,50	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,89
780	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	10,96	5,00	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%	7,46
781	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	14,34	10,00	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%	7,34
782	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	11,61	5,00	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%	8,11
783	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	22,76	10,00	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%	15,76
784	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	15,46	10,00	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%	8,46
785	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	30,07	20,00	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%	16,07
786	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	8,08	2,50	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%	6,33
787	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	15,41	5,00	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%	11,91
788	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
789	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
790	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
791	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
792	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
793	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
794	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,78	19,20	20,36	24,60	13,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,73
795	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,70	25,60	27,13	32,30	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,14
796	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,15	35,80	37,95	44,53	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,71
797	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,50	38,34	40,64	47,44	27,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,70
798	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
799	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
800	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2024-04-01	3 lata	90.1, Antibiotyki 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
801	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2024-04-01	3 lata	90.1, Antibiotyki 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
802	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840	2024-04-01	3 lata	90.2, Antibiotyki 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
803	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857	2024-04-01	3 lata	90.2, Antibiotyki 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
804	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697	2024-04-01	3 lata	90.2, Antibiotyki 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
805	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703	2024-04-01	3 lata	90.2, Antibiotyki 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
806	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2026-01-01	3 lata	90.2, Antibiotyki 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
807	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2026-01-01	3 lata	90.2, Antibiotyki 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
808	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2026-01-01	3 lata	90.2, Antibiotyki 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
809	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2026-01-01	3 lata	90.2, Antibiotyki 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
810	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831	2023-11-01	3 lata	90.2, Antibiotyki 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
811	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,05	34,61	36,69	46,31	46,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,16
812	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	37,00	37,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
813	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,38	14,45	15,31	20,89	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,54
814	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,55	12,47	13,22	18,39	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,23
815	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	19,58	26,16	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,34
816	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,20	25,06	26,56	34,47	34,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,24
817	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	49,96	53,96	57,20	69,25	69,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,63
818	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	37,00	37,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
819	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991263386	2025-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,45	24,25	25,70	33,61	33,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,81
820	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991263409	2025-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,60	38,45	40,76	50,38	50,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,19
821	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,00	49,68	52,66	64,06	64,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,03

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
822	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,30	18,68	19,81	26,39	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,57
823	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,20	19,66	20,83	27,41	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
824	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	37,67	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,35
825	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,29	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,65
826	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991526108	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	42,01	52,22	52,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,11
827	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991526115	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,35	19,82	21,01	28,03	28,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,02
828	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2026-10-01	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
829	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	2026-10-01	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
830	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	2026-10-01	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
831	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2026-10-01	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
832	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990468812	2026-10-01	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
833	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,96	24,80	26,29	34,20	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,10
834	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	34,81	34,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,41
835	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,39	35,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70
836	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,39	35,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70
837	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2026-10-01	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
838	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2026-10-01	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
839	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	14,74	19,91	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,75
840	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,28	27,30	28,94	36,85	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,53
841	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,25	36,99	39,21	48,83	48,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,42
842	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991458997	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
843	Cenobamate	Ontozry, tabl; tabl. powł., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powł. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
844	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909991459062	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
845	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909991459093	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
846	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991458966	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
847	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,76	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 Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,56
848	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,28	10,02	10,63	14,52	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 Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,23
849	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,34	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 Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,97
850	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,33	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 Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
851	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	11,04	11,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	2,98
852	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	18,81	18,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,08
853	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,95	19,39	20,55	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 naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,53
854	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,57	7,10	7,64	10,38	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 naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,57
855	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	11,72	9,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,11
856	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,33	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 naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,62
857	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	18,57	18,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,57
858	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	19,15	19,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,75
859	Cetrorelixum	Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2026-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórze – antygonadotropiny uwalniające hormony	79,40	85,75	90,89	104,52	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	55,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
860	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2026-01-01	3 lata	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	68,00	73,44	77,85	91,09	91,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
861	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,96	6,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	6,20
862	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,96	6,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,01
863	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,91	20,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	2,88
864	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,91	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,64
865	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	8,53	10,61	6,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,54
866	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	8,53	10,61	6,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,22
867	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,70	15,88	16,83	22,17	20,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	4,46
868	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,70	15,88	16,83	22,17	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
869	Chlortalidonum	Hygroton, tabl., 50 mg	20 szt.	05907464420915	2026-07-01	2 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,50	12,42	13,17	18,40	18,40	Nadciśnienie tętnicze		30%	5,52

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
870	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	18.2, Witamina D i jej metabolity - colekalciferol i kalcyfediol	6,00	6,48	7,02	9,93	9,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	2,88
871	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
872	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
873	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
874	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
875	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,54	271,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
876	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,67	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
877	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 kalcyneury - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	136,03	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
878	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 kalcyneury - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,54	271,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
879	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 kalcyneury - 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>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
880	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 kalcyneury - 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>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
881	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>apłazia lub hipoplazia szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazia układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,36
882	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>apłazia lub hipoplazia szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazia układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,85
883	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>apłazia lub hipoplazia szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazia układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
884	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
885	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>apłazia lub hipoplazia szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazia układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	27,87

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
886	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	226,86	245,01	259,71	279,39	272,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybórza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,53
887	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	284,54	307,30	325,74	346,61	305,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybórza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	44,46
888	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,66	61,19	64,86	76,34	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybórza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,52
889	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,13	122,18	129,51	144,99	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybórza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,16
890	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	11,92	2,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,73
891	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	16,59	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,46

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
892	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,39	22,02	23,34	26,75	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,13
893	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,70	5,08	5,62	7,55	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,58
894	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,25	7,83	8,37	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,90
895	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,99	5,39	5,93	7,86	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
896	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,35	7,94	8,48	11,90	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,36
897	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,50	8,10	8,64	12,06	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,11
898	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,15	7,72	8,26	11,68	11,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,84
899	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,55	14,63	15,51	20,76	20,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,38
900	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	28,50	28,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,25
901	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	51,60	51,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,80
902	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990081165	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	20,70	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,35
903	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,25	18,63	19,75	27,76	27,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
904	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,80	26,78	28,39	38,18	38,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,09
905	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	28,90	28,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,45
906	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	18,30	18,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
907	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	54,19	54,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,10
908	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	34,26	34,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,13
909	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	37,37	34,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,16
910	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	25,96	20,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,63
911	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,95	11,83	12,54	16,71	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,20
912	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,33	16,56	17,55	22,80	21,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,28
913	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	59,43	59,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,72
914	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	45,90	41,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
915	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,66	33,11	35,10	43,11	42,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,07
916	Clarithromycinum	Klamin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	30,91	30,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,91
917	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	27,42	35,43	35,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,95
918	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,58	20,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,48
919	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,12	22,81	24,18	31,24	30,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,10
920	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	30,30	32,12	40,39	40,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,20
921	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,80	57,02	60,45	71,92	71,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,96
922	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	22,73	24,09	31,15	30,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,01
923	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
924	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
925	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
926	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
927	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
928	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
929	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,40	6,91	7,45	9,17	4,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,90
930	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,10	10,91	11,57	15,21	12,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,80
931	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	15,90	17,17	18,20	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
932	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	15,87	17,14	18,17	21,80	11,31	Padaczka		ryczałt	11,64
933	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	31,74	34,28	36,33	45,23	45,23	Padaczka		ryczałt	2,72
934	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
935	Clopidamidum	Clopidamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,46	3,74	4,28	9,51	9,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,85
936	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991448318	2024-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel i tikagrelor	13,50	14,58	15,45	23,17	23,17	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,95

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
937	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2025-07-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,90	15,01	15,91	23,63	23,63	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,09
938	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2026-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,90	15,01	15,91	23,63	23,63	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,09
939	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	16,99	18,35	19,45	27,17	27,17	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,15
940	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011	2024-04-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	24,88	26,87	28,48	36,20	36,20	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	9,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
941	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	17,45	18,85	19,98	27,70	27,70	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,31
942	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991492205	2023-11-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	12,98	14,02	14,86	22,58	22,58	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom		30%	6,77
943	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2024-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,45	14,53	15,40	23,12	23,12	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,94
944	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2024-07-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	14,90	16,09	17,05	24,77	24,77	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,43

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
945	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	14,45	15,61	16,55	24,27	24,27	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,28
946	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2025-04-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	14,45	15,61	16,55	24,27	24,27	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,28
947	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990762729	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	18,10	19,55	20,73	28,45	28,45	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,54
948	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475	2024-07-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	13,00	14,04	14,88	22,60	22,60	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,78

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
949	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2026-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,00	14,04	14,88	22,60	22,60	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,78
950	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	14,56	15,72	16,66	24,38	24,38	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,31
951	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2024-04-01	3 lata	89.6. Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	28,00	30,24	32,05	40,31	40,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,14
952	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
953	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
954	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
955	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
956	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	2025-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpyschotyczne - klozapina i sulfiryd 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
957	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskieneza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	2,72
958	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	1362,74	1362,74	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
959	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	1362,74	1362,74	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
960	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
961	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; amyloidozą; <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 włókienia płuc	ryczałt	3,20
962	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
963	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05021691005193	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	27,00	29,16	30,91	39,00	36,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,67
964	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05021691005124	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	67,50	72,90	77,27	90,45	90,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,14
965	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	05909991039486	2024-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,30	7,88	8,42	10,87	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,52

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
966	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990222216	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,50	8,10	8,64	11,09	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74
967	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990222230	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	22,50	24,30	25,76	31,50	22,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,46
968	Dabigatranum etexilatatum	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	48,01	29,80	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	27,15
969	Dabigatranum etexilatatum	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	64,21	40,64	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	35,76
970	Dabigatranum etexilatatum	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	42,48	14,90	Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	30,78

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
971	Dabigatranum etexilatatum	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	42,48	14,90	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%	32,05
972	Dabigatranum etexilatatum	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	51,79	29,80	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	25,19
973	Dabigatranum etexilatatum	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	51,79	29,80	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <3>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	30,93
974	Dabigatranum etexilatatum	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	57,39	20,32	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%	43,17
975	Dabigatranum etexilatatum	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	65,15	40,64	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	36,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
976	Dabigatranum etexilatatum	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	32,01	14,90	Żylnie powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	20,31
977	Dabigatranum etexilatatum	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	32,01	14,90	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%	21,58
978	Dabigatranum etexilatatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991507756	2025-04-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,00	51,84	54,95	62,09	29,80	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 $\geq$ II wg NYHA)		30%	41,23
979	Dabigatranum etexilatatum	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909991507787	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	32,60	35,21	37,32	42,97	20,32	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%	28,75
980	Dabigatranum etexilatatum	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991507800	2025-04-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	65,20	70,42	74,64	83,12	40,64	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 $\geq$ II wg NYHA)		30%	54,67
981	Dabigatranum etexilatatum	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	56,23	14,90	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%	45,80
982	Dabigatranum etexilatatum	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	105,10	20,32	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%	90,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadzenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
983	Dabigatranum etexilat	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	42,56	14,90	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	30,86
984	Dabigatranum etexilat	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	42,56	14,90	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%	32,13
985	Dabigatranum etexilat	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	66,55	29,80	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	45,69
986	Dabigatranum etexilat	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	257,54	121,91	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	172,20
987	Dabigatranum etexilat	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	57,51	20,32	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%	43,29
988	Dabigatranum etexilat	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	77,17	40,64	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	48,72

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
989	Dabigatranum etexilat	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	35,69	38,55	40,86	48,00	29,80	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	21,40
990	Dabigatranum etexilat	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	35,69	38,55	40,86	48,00	29,80	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <3>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	27,14
991	Dabigatranum etexilat	Wasedoc, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991495374	<1>>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,66	52,55	55,71	64,19	40,64	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	35,74
992	Danazol	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	190,00	205,20	217,51	236,54	236,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
993	Dapagliflozinum	Daforbis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901797711184	2026-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	51,90	56,05	59,41	70,80	70,80	Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość		30%	21,24
994	Dapagliflozinum	Dalzior, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05908289660739	2026-10-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	49,00	52,92	56,10	67,49	67,49	Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość		30%	20,25
995	Dapagliflozinum	Dapagliflozin Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991573942	2026-10-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	43,50	46,98	49,80	61,19	61,19	Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość		30%	18,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
996	Dapagliflozinum	Dapazyna, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05904055005957	2026-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	50,00	54,00	57,24	68,23	66,08	Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość		30%	19,77
997	Dapagliflozinum	Diaflix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05903060625624	2026-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	54,00	58,32	61,82	73,21	70,80	Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość		30%	21,29

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
998	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884	2025-10-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	119,13	128,66	136,38	147,77	70,80	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq 40\%$) lub - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF $> 40\%$); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR < 60 ml/min/1.73m ² , albuminurią lub białkomoczem oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniami do tych terapii.		30%	98,21
999	Dapagliflozinum	Nerila, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05907637916795	2026-10-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	51,50	55,62	58,96	70,35	70,35	Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość		30%	21,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1000	Deferasiroxum	Exferana, tabl. powł., 180 mg	30 szt.	05901812161796	2025-10-01	2 lata	273.0, Leki chelatujące żelazo	175,00	189,00	200,34	218,90	212,38	Leczenie przewlekłego obciążenia żelazem spowodowanego transfuzjami krwi, gdy leczenie deferoksamina 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
1001	Deferasiroxum	Exferana, tabl. powł., 360 mg	30 szt.	05901812161833	2025-10-01	2 lata	273.0, Leki chelatujące żelazo	350,00	378,00	400,68	424,75	424,75	Leczenie przewlekłego obciążenia żelazem spowodowanego transfuzjami krwi, gdy leczenie deferoksamina 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
1002	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
1003	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1004	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	317,00	248,31	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%	143,18
1005	Denosumabum	Jubbonti, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	07622436124995	2026-07-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	200,00	216,00	228,96	248,31	248,31	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%	74,49
1006	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	260,00	280,80	297,65	317,00	248,31	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%	143,18

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1007	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	311,27	248,31	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%	137,45
1008	Denosumabum	Osyrti, 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	374,24	248,31	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%	200,42
1009	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	256,95	248,31	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%	83,13

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1010	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2026-07-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	260,00	280,80	297,65	317,00	248,31	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%	143,18
1011	Denosumabum	Stoboclo, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05996537043021	2026-10-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	200,00	216,00	228,96	248,31	248,31	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%	74,49
1012	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	299,50	323,46	342,87	362,22	248,31	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%	188,40
1013	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,46	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,75

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1014	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,34	31,69	33,59	41,46	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,32
1015	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	14,11	14,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,23
1016	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2025-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,93	9,64	10,23	14,12	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,41
1017	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2026-10-01	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
1018	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	18,90	18,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,10
1019	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,46	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,08
1020	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	17,28	17,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,18
1021	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
1022	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
1023	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	20,97	18,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,74
1024	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1025	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
1026	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	26,85	24,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,42
1027	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2023-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,75	27,81	29,48	37,35	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,21
1028	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
1029	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 zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	40,34
1030	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
1031	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 zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	23,87
1032	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
1033	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 zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	88,42
1034	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1035	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 zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	180,20
1036	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
1037	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 zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zągęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	47,91
1038	Dexamethasonum	Demezón, 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
1039	Dexamethasonum	Demezón, 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
1040	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
1041	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
1042	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
1043	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - 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
1044	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1045	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
1046	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - 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
1047	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
1048	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
1049	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
1050	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
1051	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
1052	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
1053	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
1054	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
1055	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1056	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
1057	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
1058	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
1059	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
1060	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
1061	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
1062	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
1063	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	11,43	12,11	15,70	11,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,72
1064	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	2025-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	8,60	9,29	9,85	12,49	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1065	Dienogestum	Aridya, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991430702	2024-07-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	26,50	28,62	30,34	38,50	36,09	Endometrioza		ryczałt	5,61
1066	Dienogestum	Aridya, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991430719	2026-10-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	80,00	86,40	91,58	105,74	105,74	Endometrioza		ryczałt	8,96
1067	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2026-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,70	29,92	31,71	39,87	36,09	Endometrioza		ryczałt	6,98
1068	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
1069	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
1070	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2026-10-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,69	32,07	33,99	42,15	36,09	Endometrioza		ryczałt	9,26
1071	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
1072	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2026-10-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,90	27,97	29,65	37,81	36,09	Endometrioza		ryczałt	4,92
1073	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
1074	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
1075	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
1076	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
1077	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
1078	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
1079	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
1080	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimer	31,35	33,86	35,89	43,80	37,67	Choroba Alzheimer	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	15,69

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1081	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	53,75	58,05	61,54	72,94	72,94	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	19,69
1082	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	80,62	87,07	92,30	106,21	106,21	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	28,67
1083	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	17,86	19,29	20,44	25,61	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,18
1084	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	25,90	27,97	29,65	37,56	37,56	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,27
1085	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,00	29,16	30,91	38,82	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,45
1086	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,50	14,58	15,45	20,62	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,43
1087	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 Alzheimerera	28,30	30,56	32,40	40,63	40,36	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,38
1088	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,00	28,08	29,76	37,67	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,17
1089	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,93	16,12	17,10	22,27	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,17

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1090	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby 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
1091	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby 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
1092	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby 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
1093	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby 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
1094	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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
1095	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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
1096	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
1097	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
1098	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1099	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby 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
1100	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
1101	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
1102	Domasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp. po 2,5 ml	05909990375813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	205.2, Leki mukolityczne - domasum alfa	2050,00	2214,00	2346,84	2411,63	2411,63	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rzęsek	ryczałt	3,20
1103	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,23	14,29	15,14	19,94	17,73	Jaskra		ryczałt	5,41
1104	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,95	53,18	Jaskra		ryczałt	7,10
1105	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 anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,90	17,17	18,20	23,00	17,73	Jaskra		ryczałt	8,47

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1106	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 anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,95	53,18	Jaskra		ryczałt	7,10
1107	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 anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,75	18,09	19,18	23,98	17,73	Jaskra		ryczałt	9,45
1108	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 anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	40,50	43,74	46,36	55,83	53,18	Jaskra		ryczałt	7,98
1109	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 anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,56	15,72	16,66	21,46	17,73	Jaskra		ryczałt	6,93
1110	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 anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,08	14,13	14,97	19,77	17,73	Jaskra		ryczałt	5,24

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1111	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,25	42,39	44,94	54,41	53,18	Jaskra		ryczałt	6,56
1112	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,70	24,52	25,98	32,45	26,59	Jaskra		ryczałt	9,06
1113	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,58	18,99	20,12	26,59	26,59	Jaskra		ryczałt	3,20
1114	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,74	56,96	60,37	71,86	71,86	Jaskra		ryczałt	8,00
1115	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,51	26,59	Jaskra		ryczałt	7,12

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1116	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	60,59	72,08	72,08	Jaskra		ryczałt	8,00
1117	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,40	23,11	24,49	30,96	26,59	Jaskra		ryczałt	7,57
1118	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,80	57,02	60,45	71,94	71,94	Jaskra		ryczałt	8,00
1119	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	20,02	26,49	26,49	Jaskra		ryczałt	3,20
1120	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,47	56,67	60,07	71,56	71,56	Jaskra		ryczałt	8,00
1121	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1122	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
1123	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
1124	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
1125	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
1126	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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
1127	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
1128	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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
1129	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
1130	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1131	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
1132	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
1133	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
1134	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
1135	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
1136	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
1137	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
1138	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	33,40	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
1139	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1140	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
1141	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
1142	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
1143	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
1144	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
1145	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
1146	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
1147	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
1148	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1149	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
1150	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
1151	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
1152	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
1153	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
1154	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
1155	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
1156	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
1157	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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
1159	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
1160	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
1161	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
1162	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
1163	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
1164	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
1165	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
1166	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1167	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
1168	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
1169	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
1170	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
1171	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
1172	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
1173	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
1174	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
1175	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1176	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
1177	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
1178	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
1179	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
1180	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
1181	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
1182	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
1183	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
1184	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- ywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadzenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1185	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497	2025-04-01	3 lata	87.0, Antibiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	5,70	6,16	6,70	9,87	9,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,94
1186	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2024-07-01	3 lata	87.0, Antibiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	6,70	7,24	7,78	10,95	10,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
1187	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	2024-04-01	3 lata	87.0, Antibiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	8,91	9,62	10,20	13,37	10,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11
1188	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 czynn timerzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, - dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23
1189	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 czynn timerzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, - dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1190	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23
1191	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23
1192	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,38	10,13	10,74	15,01	14,12	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,13
1193	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,76	20,26	21,48	28,31	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,54
1194	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,71	15,89	16,84	21,11	14,12	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,11
1195	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,55	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1196	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,55	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,70
1197	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	58,94	63,66	67,48	77,44	56,49	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	34,11
1198	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,85	10,64	11,28	15,55	14,12	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,67
1199	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,70	21,28	22,55	29,38	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,61
1200	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	23,01	30,09	30,09	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,03
1201	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,00	9,72	10,30	14,57	14,12	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,69
1202	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,00	19,44	20,61	27,44	27,44	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,23
1203	Duloxetine	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	15,84	14,12	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,96
1204	Duloxetine	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	29,95	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,18
1205	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	15,15	14,12	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,27
1206	Duloxetine	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	28,35	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,58

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1207	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	21,75	28,58	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,81
1208	Duloxetine	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	53,01	53,01	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,90
1209	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	0590999122239	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,50	11,34	12,02	16,29	14,12	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	6,41
1210	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	0590999122253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	30,87	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	11,10
1211	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	0590999122277	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	34,34	43,23	43,23	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	12,97
1212	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,66	20,15	21,36	28,19	28,19	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,46
1213	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	30,87	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	11,10
1214	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,33	40,32	42,74	52,70	52,70	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,81
1215	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,00	45,36	48,08	58,04	56,49	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,50
1216	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	60,00	64,80	68,69	81,39	81,39	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	24,42
1217	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,50	34,02	36,06	44,59	42,37	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	14,93

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1218	Duloxetine	Dulxevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	89,90	97,09	102,91	117,80	117,80	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	35,34
1219	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,29	40,27	42,69	52,65	52,65	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,80
1220	Duloxetine	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	14,97	14,12	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,09
1221	Duloxetine	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	28,24	28,24	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,47
1222	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,97	30,21	32,02	40,55	40,55	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	12,17
1223	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,55	11,39	12,07	16,34	14,12	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	6,46
1224	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,05	22,73	24,09	30,92	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	11,15
1225	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,10	22,79	24,16	30,99	28,25	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	11,22
1226	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,10	45,47	48,20	58,16	56,49	Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,62
1227	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
1228	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1229	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
1230	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
1231	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
1232	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
1233	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
1234	Dydrogesteronum	Duphaston, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990868513	2026-10-01	2 lata	66.1, Hormony płciowe - progestageny – dydrogesteron	17,50	18,90	20,03	26,48	26,48	Niedobory progesteronu: leczenie bolesnego miesiączkowania; leczenie endometriozy; leczenie wtórnego braku miesiączki; leczenie nieregularnych cykli miesiączkowych; leczenie nieprawidłowych krwawień z macicy; leczenie poronień nawykowych, leczenie bezpłodności związanej z niewydolnością ciała żółtego; Hormonalna terapia zastępcza.		30%	7,94
1235	Dydrogesteronum	Velenta, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05908445453045	2026-10-01	2 lata	66.1, Hormony płciowe - progestageny – dydrogesteron	18,90	20,41	21,63	28,08	26,48	Niedobory progesteronu: leczenie bolesnego miesiączkowania; leczenie endometriozy; leczenie wtórnego braku miesiączki; leczenie nieregularnych cykli miesiączkowych; leczenie nieprawidłowych krwawień z macicy; leczenie poronień nawykowych, leczenie bezpłodności związanej z niewydolnością ciała żółtego; Hormonalna terapia zastępcza.		30%	9,54

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1236	Dydrogesteronum	Vivaston, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909991588779	2026-10-01	2 lata	66.1, Hormony płciowe - progestageny – dydrogesteron	18,50	19,98	21,18	27,63	26,48	Niedobory progesteronu: leczenie bolesnego miesiączkowania; leczenie endometriozy; leczenie wtórnego braku miesiączki; leczenie nieregularnych cykli miesiączkowych; leczenie nieprawidłowych krwawień z macicy; leczenie poronień nawykowych, leczenie bezpłodności związanej z niewydolnością ciała żółtego; Hormonalna terapia zastępcza.		30%	9,09
1237	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509	2025-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	117,00	126,36	133,94	144,93	66,08	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq 40\%$) lub – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF $> 40\%$); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z: – eGFR w zakresie od ≥ 20 ml/min/1,73 m ² do < 45 ml/min/1,73 m ² , stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii, lub – eGFR w zakresie od ≥ 45 ml/min/1,73 m ² do < 90 ml/min/1,73 m ² oraz albuminurią lub białkomoczem, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii.		30%	98,67

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- ywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1238	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991138523	2025-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	250,71	270,77	287,01	302,40	141,60	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq 40\%$) lub – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF $> 40\%$); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z: – eGFR w zakresie od ≥ 20 ml/min/1,73 m ² do < 45 ml/min/1,73 m ² , stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii, lub – eGFR w zakresie od ≥ 45 ml/min/1,73 m ² do < 90 ml/min/1,73 m ² oraz albuminurią lub białkomoczem, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii.		30%	203,28
1239	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,34	4,69	5,23	7,16	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,97
1240	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,53	9,21	9,76	13,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,91

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1241	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,03	8,67	9,21	12,62	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,42
1242	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,85	16,04	17,00	22,68	22,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,52
1243	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,69	2,91	3,45	4,64	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,18
1244	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,39	5,82	6,36	8,29	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,99

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1245	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	97,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1246	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1247	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	39,10

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1248	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	40,10

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	43,32

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1250	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	85,93

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1251	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	83,74

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1252	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	152,00	164,16	174,01	191,85	191,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1253	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	30,40	32,83	34,80	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1254	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	60,80	65,66	69,61	82,02	82,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1255	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	91,20	98,50	104,40	119,07	119,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1256	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	121,60	131,33	139,21	155,62	155,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1257	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1258	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	30,40	32,83	34,80	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1259	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1260	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1261	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1262	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	189,00	204,12	216,37	235,16	235,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1263	Enoxaparinum natrium	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i 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
1264	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
1265	Epinephrinum	EpiPen Jr., roztwór do wstrzykiwań, 0,15 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	05909990613366	2025-07-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	207,60	224,21	237,66	255,61	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	157,52

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1266	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
1267	Eplerenonum	Eleveon, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991017606	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1268	Eplerenonum	Eleveon, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991017675	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	30,52	32,96	34,94	44,40	44,40	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,32
1269	Eplerenonum	Eplenocard, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991183646	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1270	Eplerenonum	Eplenocard, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991183721	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	14,86
1271	Eplerenonum	Eplerenon Medical Valley, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991442316	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1272	Eplerenonum	Eplerenon Medical Valley, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991442392	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	30,00	32,40	34,34	43,80	43,80	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,14
1273	Eplerenonum	Eplerenon Medreg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991465308	2025-07-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	29,20	31,54	33,43	42,89	42,89	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	12,87
1274	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990971473	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	28,00	30,24	32,05	38,51	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	19,05
1275	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990971558	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,37
1276	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991014728	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	28,00	30,24	32,05	38,51	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	19,05
1277	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991014759	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,37
1278	Ergotamini tartas	Ergotaminum Filofam, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2025-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,54	3,82	4,36	6,34	6,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,85
1279	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,65	6,10	6,64	9,35	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,20
1280	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1281	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	2026-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,60	17,93	19,01	25,31	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,86
1282	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1283	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,60	24,41	25,88	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,61

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1284	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	2026-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,20	35,86	38,01	47,28	47,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,64
1285	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
1286	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
1287	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
1288	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
1289	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
1290	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
1291	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
1292	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
1293	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
1294	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
1295	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
1296	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
1297	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powł., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	4,80	5,18	5,72	10,12	10,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
1298	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 sas.	05909990447619	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,70	26,68	28,27	31,81	11,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,59

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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
1300	Estradiolum	Estrofem, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,30	11,12	11,79	16,19	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,86
1301	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,70	10,48	11,10	13,61	8,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,94
1302	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
1303	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
1304	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powł., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	34,20	36,94	39,15	43,55	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	32,22
1305	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powł., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	2024-07-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,39	20,94	22,19	26,59	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,26
1306	Estradiolum + Norethisteroni acetat	Kliogest, tabl. powł., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,95	20,47	21,70	26,10	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,77
1307	Estradiolum + Norethisteroni acetat	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
1308	Estradiolum + Norethisteroni acetat	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
1309	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powł., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,60	21,17	22,44	26,84	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,51

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1310	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2026-04-01	3 lata	240.0, Leki przeciwpłatkowe - inne - etambutol	85,00	91,80	97,31	111,63	111,63	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1311	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2024-10-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,15	5,56	6,10	8,55	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
1312	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2025-04-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	14,50	15,66	16,60	22,34	22,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,70
1313	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	21 szt.	05909990060016	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,00	5,40	5,94	8,39	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
1314	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990060023	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,00	16,20	17,17	22,91	22,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,87
1315	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990873319	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,20	5,62	6,16	8,61	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,26
1316	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
1317	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
1318	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
1319	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1320	Exemestanum	Glandex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990812202	<1>2025-07-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,51	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii;<2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet w okresie naturalnego lub wywołanego leczeniem stanu po menopauzie, u których choroba uległa postępowi po zastosowaniu terapii antyestrogenowej;	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	24,48
1321	Exemestanum	Symex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05905701070350	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,51	52,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	24,48
1322	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
1323	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	13,35	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,03
1324	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	38,81	38,81	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	11,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadzenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1325	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	13,35	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%	9,88
1326	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	2026-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	13,85	14,96	15,85	19,66	13,35	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%	10,32
1327	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	2026-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,34	9,01	9,55	13,36	13,35	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%	4,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1328	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	2026-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,98	9,70	10,28	14,30	14,30	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%	4,29
1329	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	21,71	14,30	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%	11,70
1330	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989773465	2026-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	21,92	23,67	25,10	29,12	14,30	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 leczenia już statynami i ezetymibem; Homozygotyczna hipercholesterolemia rodzinna - leczenie wspomagające wraz z dietą u osób dorosłych z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną.		30%	19,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1331	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	03838989773458	2026-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	21,92	23,67	25,10	29,12	14,30	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%	19,11
1332	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	03838989773441	2026-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	23,29	25,15	26,67	30,69	14,30	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%	20,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1333	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powł., 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	35,38	14,30	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%	25,37
1334	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	25,65	14,30	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinna) 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%	14,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1335	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	25,65	14,30	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i niero dzinną) 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%	14,08
1336	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	25,65	14,30	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i niero dzinną) 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%	14,08
1337	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	2025-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,30	19,76	20,95	24,97	14,30	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i niero dzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	14,96
1338	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	2025-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,30	19,76	20,95	24,97	14,30	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i niero dzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	14,96

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

1339	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	2025-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,30	19,76	20,95	24,97	14,30	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%	14,96
1340	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835	2024-04-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	9,10	9,83	10,42	14,30	12,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,08
1341	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828	2024-04-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	17,11	18,48	19,59	25,94	25,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76
1342	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Zapobieganie i leczenie przewlekłej 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
1343	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Leczenie przewlekłej 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
1344	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990761548	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	36,45	39,37	41,73	47,03	21,04	Leczenie przewlekłej 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1345	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 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 hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	36,23
1346	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 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 hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,91
1347	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391522	2025-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	26,59	28,72	30,45	35,75	21,04	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,02
1348	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	50,26	31,57	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	34,48
1349	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	50,26	31,57	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	28,16
1350	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391874	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,25	27,27	28,91	34,21	21,04	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	19,48

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1351	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,65
1352	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,33
1353	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,93	28,00	29,69	34,99	21,04	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	20,26
1354	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
1355	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
1356	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
1357	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
1358	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
1359	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
1360	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
1361	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,57	13,58	14,39	19,44	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,48
1362	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	25,40	27,43	29,07	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,94

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1363	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	38,00	41,04	43,50	53,27	53,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,38
1364	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,78	18,12	19,21	25,46	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
1365	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	48,50	48,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,10
1366	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	70,15	70,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,95
1367	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
1368	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
1369	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909990903917	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,70	18,04	19,12	24,17	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,82
1370	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909990431342	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,40	24,19	25,64	31,89	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,07
1371	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
1372	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Atrotil 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
1373	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
1374	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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
1376	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	398,00	429,84	455,63	481,12	477,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,63
1377	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	398,00	429,84	455,63	481,12	477,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,63
1378	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	398,00	429,84	455,63	481,12	477,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,63
1379	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	2026-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	395,00	426,60	452,20	477,69	477,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1380	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05901878601007	2025-04-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,41	477,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,92
1381	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	2026-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	395,00	426,60	452,20	477,69	477,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1382	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05901878601014	2025-04-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,41	477,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,92
1383	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	2026-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	395,00	426,60	452,20	477,69	477,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1384	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	201,00	217,08	230,10	249,11	249,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
1385	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	99,20	107,14	113,56	128,43	126,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,64
1386	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	51,80	55,94	59,30	70,17	63,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1387	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
1388	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
1389	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
1390	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
1391	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
1392	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
1393	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
1394	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
1395	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1396	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	25,50	27,54	29,19	36,70	31,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,15
1397	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	51,00	55,08	58,38	69,25	63,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,96
1398	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	76,50	82,62	87,58	101,09	95,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,05
1399	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955503	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	128,65	138,94	147,28	164,09	164,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1400	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	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
1401	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955541	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	128,65	138,94	147,28	164,09	164,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1402	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	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
1403	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	376,67	406,80	431,21	457,58	457,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1404	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,58	457,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1405	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,58	457,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1406	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,58	457,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1407	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,77	511,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,16
1408	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,77	511,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,16
1409	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,77	511,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,16
1410	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,77	511,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,16
1411	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,77	511,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,16
1412	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,77	511,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,16
1413	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 - 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
1414	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 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
1415	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1416	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
1417	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
1418	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
1419	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
1420	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
1421	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,16	21,77	23,08	29,93	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,38
1422	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	60,48	65,32	69,24	81,49	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,84
1423	Finasteridum	Antiprost, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990067770	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,05	21,65	22,95	29,80	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,25
1424	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990048670	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,38	22,01	23,33	30,18	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,63
1425	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,90	64,69	68,57	80,82	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,17

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1426	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,96	18,32	19,42	26,27	26,27	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1427	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2025-04-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,96	21,56	22,85	29,70	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,15
1428	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2025-04-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,88	64,67	68,55	80,80	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,15
1429	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990082391	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,85	20,36	21,58	28,43	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,88
1430	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991507879	2024-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,00	57,24	60,67	72,92	72,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1431	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2025-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	79,20	85,54	90,67	104,65	104,65	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,52
1432	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991151218	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,47	22,11	23,44	30,29	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,74
1433	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2025-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,40	64,15	68,00	80,25	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,64
1434	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991214692	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,00	18,36	19,46	26,31	26,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1435	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991214753	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	51,00	55,08	58,38	70,63	70,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1436	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	13,50	14,58	15,45	22,30	22,30	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1437	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	40,49	43,73	46,35	58,60	58,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1438	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,95	20,47	21,70	28,55	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,00
1439	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,90	20,41	21,63	28,25	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,48
1440	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,10	21,71	23,01	29,86	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,31
1441	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,50	21,06	22,32	29,17	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,62
1442	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	58,45	63,13	66,92	79,17	79,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1443	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2024-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,46	21,02	22,28	28,90	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,13
1444	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	20,49	27,34	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,79
1445	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991107871	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,25	57,51	60,97	73,22	73,22	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1446	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2025-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	20,49	27,34	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,79
1447	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,45	19,93	21,12	27,74	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1448	Finerenonum	Kerendia, tabl. powł., 10 mg	14 szt.	04057598013536	2026-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	99,00	106,92	113,34	128,46	128,46	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	38,54
1449	Finerenonum	Kerendia, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	04057598013581	2026-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	99,00	106,92	113,34	128,46	128,46	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	38,54
1450	Flecainidi acetat	Flecainide acetate Holsten, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991468132	2025-04-01	2 lata	30.1, Leki przeciwyrtymiczne klasy I C – flekainid	72,50	78,30	83,00	96,60	96,60	Zaburzenia rytmu serca		30%	28,98
1451	Flecainidi acetat	Flecainide acetate Holsten, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991468095	2025-04-01	2 lata	30.1, Leki przeciwyrtymiczne klasy I C – flekainid	52,00	56,16	59,53	69,13	48,30	Zaburzenia rytmu serca		30%	35,32
1452	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	95,21	89,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	45,24
1453	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	26,29	22,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,55
1454	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	6,39	4,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,58
1455	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	13,23	13,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,96
1456	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	76,43	76,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,40
1457	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	42,61	42,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,18
1458	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	26,29	22,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,55
1459	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	13,64	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,22

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1460	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
1461	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	65,69	65,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,85
1462	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	18,93	18,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,47
1463	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	35,17	35,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,59
1464	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	74,93	74,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,47
1465	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	21,62	21,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,81
1466	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	21,62	21,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,81
1467	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	11,41	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,79
1468	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
1469	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	83,37	83,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,52
1470	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	23,44	22,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,99

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1471	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	5,79	4,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,04
1472	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	15,48	14,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,43
1473	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	81,94	81,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	36,87
1474	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	43,32	43,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,49
1475	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
1476	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	23,35	22,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,91
1477	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	12,23	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,95
1478	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	35,17	35,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,59
1479	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	78,28	78,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,14
1480	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	22,07	22,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,04
1481	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	29,50	29,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,75

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1482	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	41,47	41,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,74
1483	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	2026-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	27,65	29,86	31,65	39,92	39,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,96
1484	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	81,71	81,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	40,86
1485	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	21,15	21,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,58
1486	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	41,35	41,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,68
1487	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	10,82	10,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,41
1488	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
1489	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
1490	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
1491	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
1492	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
1493	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1494	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,25	9,99	10,59	14,80	14,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,44
1495	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	35,90	38,77	41,09	47,13	25,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	29,36
1496	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	11,90	12,85	13,62	16,00	7,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,67
1497	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258	2026-07-01	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
1498	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2026-07-01	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
1499	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2026-07-01	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
1500	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612	2025-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	15,94	17,22	18,25	24,28	21,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,33
1501	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629	2025-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	47,96	51,80	54,91	65,85	65,85	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1502	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 30 daw.	05909991350635	2026-07-01	1 rok 3 miesiące	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
1503	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
1504	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1505	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
1506	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
1507	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
1508	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
1509	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
1510	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
1511	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
1512	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
1513	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
1514	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
1515	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
1516	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
1517	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1518	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
1519	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
1520	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
1521	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
1522	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
1523	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
1524	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
1525	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
1526	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1527	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
1528	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
1529	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
1530	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
1531	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
1532	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
1533	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
1534	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
1535	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583798	2026-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	60,75	65,61	69,55	81,95	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,91
1537	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583804	2026-10-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	72,90	78,73	83,45	97,07	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,38
1538	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583781	2026-10-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	50,00	54,00	57,24	68,74	68,74	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1539	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	2025-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	72,90	78,73	83,45	95,85	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,81
1540	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	2025-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	88,20	95,26	100,97	114,59	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,90
1541	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
1542	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
1543	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
1544	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1545	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
1546	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
1547	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
1548	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
1549	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
1550	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix 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
1551	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix 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
1552	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
1553	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1554	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
1555	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
1556	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
1557	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
1558	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
1559	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
1560	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
1561	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
1562	Fluticasonium + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 60 daw.	05909991579807	2026-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	60,88	65,75	69,69	82,09	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1563	Fluticasonum + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 60 daw.	05909991593414	2026-10-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	71,50	77,22	81,85	95,47	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,78
1564	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	29,90	32,29	34,23	38,44	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,78
1565	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	29,90	32,29	34,23	38,44	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,78
1566	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2026-10-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	209,15	225,88	239,44	259,01	259,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeno- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1567	Folitropinum delta	Rekovellev, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml	1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł / 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 15 igieł	05909991343033	2026-10-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1254,93	1355,32	1436,65	1482,93	1482,93	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, nieodstarcznych 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1568	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	163,71	163,71	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1569	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	239,13	239,13	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1570	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	314,48	314,48	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1571	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	2026-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	295,62	319,27	338,43	360,17	350,63	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	12,74

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1572	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	2026-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	886,85	957,80	1015,26	1052,07	1051,93	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,34

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1573	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	271,18	271,18	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- ywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadzenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1574	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	787,02	787,02	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadzenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1575	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2026-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	255,70	276,16	292,72	314,46	314,46	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2026-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	511,42	552,33	585,48	615,91	615,91	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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
1577	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	58,19	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,37
1578	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1579	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	116,38	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,44
1580	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	58,19	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,83
1581	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1582	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	58,19	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,69
1583	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287	2025-04-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	87,60	94,61	100,29	114,83	114,83	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1584	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294	2025-04-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	131,40	141,91	150,42	167,51	167,51	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1585	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	101,84	116,38	116,38	Astma, przewłękła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1586	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	29,10	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,52
1587	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	38,80	41,90	44,42	54,96	54,96	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1588	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	116,38	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,44
1589	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	58,19	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,99
1590	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. 120 dawek	05000456071505	2025-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	200,00	216,00	228,96	247,27	205,33	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewłękłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	103,54
1591	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
1592	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
1593	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,97	5,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1594	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
1595	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
1596	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
1597	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
1598	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
1599	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	17,66	16,79	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,07
1600	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	47,58	47,58	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1601	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	61,62	61,62	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1602	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991576400	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,90	12,85	13,62	18,69	16,79	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	5,10
1603	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991576417	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	35,80	38,66	40,99	50,79	50,38	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,61
1604	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	65,04	65,04	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1605	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991576424	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	47,80	51,62	54,72	65,97	65,97	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1606	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	75,95	82,03	86,95	100,75	100,75	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1607	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	103,95	112,27	119,01	134,26	134,26	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,74
1608	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	61,32	50,38	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	14,14
1609	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	79,94	67,17	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	15,97
1610	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	88,90	96,01	101,77	115,57	100,75	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	18,38
1611	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	104,89	113,28	120,07	135,32	134,33	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	5,73
1612	Ganirelixum	Ganirelix Gedeon Richter, roztwór do strzykiwań w ampulko-strzykawce, 0,25 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05997001372043	2026-01-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	73,00	78,84	83,57	97,20	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1613	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2026-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	73,00	78,84	83,57	97,20	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,60
1614	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1615	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1616	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	7,90	8,53	9,07	11,23	6,58	Cukrzyca		ryczałt	7,85
1617	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1618	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	19,25	20,79	22,04	25,05	9,88	Cukrzyca		ryczałt	16,53
1619	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	10,79	11,65	12,36	15,37	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,69
1620	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	16,18	17,47	18,52	22,72	14,81	Cukrzyca		ryczałt	12,71
1621	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	10,79	11,65	12,36	15,37	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,69
1622	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	21,57	23,30	24,69	29,80	19,75	Cukrzyca		ryczałt	16,45
1623	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	17,62	19,03	20,17	24,37	14,81	Cukrzyca		ryczałt	14,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1624	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
1625	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
1626	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
1627	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
1628	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
1629	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	2026-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,86	9,57	10,14	13,15	9,88	Cukrzyca		ryczałt	6,47
1630	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
1631	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
1632	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
1633	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
1634	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
1635	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
1636	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1637	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
1638	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
1639	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
1640	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
1641	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
1642	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
1643	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
1644	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
1645	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
1646	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
1647	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
1648	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
1649	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1650	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
1651	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
1652	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
1653	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
1654	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
1655	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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
1656	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	<1>2025-07-01/<2>2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	136,00	146,88	155,69	172,92	172,92	<1>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
1657	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	<1>2025-07-01/<2>2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	136,00	146,88	155,69	172,92	172,92	<2>Leczenie endometriozy, łagodzenie objawów choroby, w tym bólu, oraz zmniejszenie rozmiarów i liczbę zmian endometrialnych		30%	51,88
1658	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	<1><2>2024-04-01/<3>2026-10-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	<1><2>3 lata/<3>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	138,50	149,58	158,55	175,78	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	6,06

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1659	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	<1><2>2024-04-01/<3>2026-10-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	138,50	149,58	158,55	175,78	172,92	<3>Leczenie endometriozy, łagodzenie objawów choroby, w tym bólu, oraz zmniejszenie rozmiarów i liczbę zmian endometrialnych		30%	54,74
1660	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
1661	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
1662	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
1663	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 przeciwpyschotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,57	42,57	x	choroba Huntingtona	30%	11,49
1664	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpyschotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,57	42,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1665	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 przeciwpyschotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	x	choroba Huntingtona	30%	1,89
1666	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2025-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpyschotyczne - 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
1667	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 przeciwpyschotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,64	4,34	x	choroba Huntingtona	30%	3,24
1668	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpyschotyczne - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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 przeciwpyschotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,28	16,28	x	choroba Huntingtona	30%	4,39
1670	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpyschotyczne - 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
1671	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 przeciwpyschotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	x	choroba Huntingtona	30%	1,89
1672	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 przeciwpyschotyczne - 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
1673	Hydrocortisonum acetat	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	2025-01-01	3 lata	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	4,45	4,81	5,35	7,67	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,46
1674	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
1675	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Eugia, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909991556105	2026-10-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,00	85,32	90,44	104,45	104,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1676	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
1677	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
1678	Hydroxychloroquini sulfas	Hydroquenin, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05902802707284	2026-10-01	2 lata	192.1, Leki pochodne aminochinoliny - hydroksychlorochina	25,50	27,54	29,19	37,02	37,02	Leczenie u dorosłych pacjentów: reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty układowy, toczeń rumieniowaty krążkowy; Leczenie u dzieci i młodzieży (≥ 6 lat i masie ≥ 31 kg): młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (w skojarzeniu z innymi terapiami), toczeń rumieniowaty układowy, toczeń rumieniowaty krążkowy		30%	11,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1679	Hydroxychloroquini sulfas	Hydroxychloroquine Adamed, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909991493950	2026-10-01	2 lata	192.1, Leki pochodne aminochinoliny - hydroksychlorochina	32,60	35,21	37,32	45,15	37,02	Leczenie u dorosłych pacjentów: reumatoidalne zapalenie stawów, toczень rumieniowaty układowy, toczень rumieniowaty krążkowy; Leczenie u dzieci i młodzieży (≥ 6 lat i masie ≥ 31 kg): młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (w skojarzeniu z innymi terapiami), toczень rumieniowaty układowy, toczень rumieniowaty krążkowy		30%	17,32
1680	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
1681	Icatibantum	Firazyf, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strzyk. po 3 ml	05909990740635	<1>2026-10-01/<2>2025-07-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1720,00	1857,60	1969,06	2026,29	2026,29	<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
1682	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	<1>2026-01-01/<2>2025-01-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1400,00	1512,00	1602,72	1659,95	1659,95	<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
1683	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	2025-01-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2203,73	2026,29	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	180,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1684	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
1685	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2026-10-01	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
1686	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum + Mometasoni furoas	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 114+46+136 µg	30 szt.	07613421044596	2026-07-01	3 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
1687	Indacaterolum + Mometasoni furoas	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531	2026-07-01	1 rok	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
1688	Indacaterolum + Mometasoni furoas	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125+260 µg	30 szt.	07613421045548	2026-07-01	1 rok	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
1689	Indacaterolum + Mometasoni furoas	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524	2026-07-01	1 rok	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
1690	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,65	8,26	8,80	11,63	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,65
1691	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,88	12,83	13,60	18,45	18,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,99
1692	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1693	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,99	6,47	7,01	10,10	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
1694	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
1695	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,50	8,10	8,64	12,92	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,49
1696	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedl. 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
1697	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
1698	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
1699	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,51	4,87	5,41	8,24	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,47
1700	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,02	9,74	10,32	15,17	15,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,55
1701	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
1702	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,39	10,14	10,75	13,58	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,41
1703	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053	2023-11-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	6117,00	6606,36	6768,36	6921,58	6921,58	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtani lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	3,20
1704	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	2024-04-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2039,00	2202,12	2334,25	2397,22	2306,98	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtani lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	93,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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 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	81,23	68,80	Cukrzyca typu I		ryczałt	15,63
1706	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	129,53	103,20	Cukrzyca typu I		ryczałt	30,33
1707	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	201,62	201,62	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1708	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	132,97	103,20	Cukrzyca		ryczałt	33,77
1709	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	135,26	103,20	Cukrzyca		ryczałt	36,06
1710	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	129,48	103,20	Cukrzyca		ryczałt	30,28
1711	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
1712	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
1713	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
1714	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909991201982	2026-10-01	2 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
1715	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
1716	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
1717	Insulinum glarginum	Semglee, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05397315001460	2026-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	126,22	136,32	144,49	161,17	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	52,66
1718	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2026-07-01	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1719	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	2025-04-01	1 rok 9 miesięcy	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	255,30	275,72	292,27	315,79	315,79	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	94,74
1720	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 $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	122,96
1721	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fioł.po 10 ml	05909990008483	2025-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	65,00	70,20	74,41	85,81	68,80	Cukrzyca		ryczałt	20,21
1722	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	127,25	103,20	Cukrzyca		ryczałt	28,05
1723	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	128,39	103,20	Cukrzyca		ryczałt	29,19
1724	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	97,09	97,09	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1725	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawieszina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	186,02	186,02	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1726	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawieszina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,99	100,99	Cukrzyca		ryczałt	3,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1727	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	186,02	186,02	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1728	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	100,99	100,99	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1729	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	186,02	186,02	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1730	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	104,61	103,20	Cukrzyca		ryczałt	4,60
1731	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	186,02	186,02	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1732	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	104,61	103,20	Cukrzyca		ryczałt	4,60
1733	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	186,02	186,02	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1734	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	104,61	103,20	Cukrzyca		ryczałt	4,60
1735	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	101,11	101,11	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1736	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	101,11	101,11	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1737	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	101,11	101,11	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1738	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	97,09	97,09	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1739	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	97,09	97,09	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1740	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	97,09	97,09	Cukrzyca		ryczałt	4,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1741	Insulinum humanum	Polhumín 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 insulín ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,99	100,99	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1742	Insulinum humanum	Polhumín 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 insulín ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,99	100,99	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1743	Insulinum humanum	Polhumín 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 insulín ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,99	100,99	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1744	Insulinum humanum	Polhumín 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 insulín ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,99	100,99	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1745	Insulinum humanum	Polhumín N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,99	100,99	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1746	Insulinum humanum	Polhumín R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,99	100,99	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1747	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	103,97	112,29	119,03	132,94	103,20	Cukrzyca		ryczałt	33,74
1748	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	106,81	115,35	122,28	136,19	103,20	Cukrzyca		ryczałt	36,99
1749	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	106,81	115,35	122,28	136,19	103,20	Cukrzyca		ryczałt	36,99
1750	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	2023-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	160,21	173,03	183,41	201,37	201,37	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1751	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2024-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	157,41	170,00	180,20	198,16	198,16	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1752	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	78,00	84,24	89,29	103,20	103,20	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1753	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 insulín ludzkich	157,41	170,00	180,20	198,16	198,16	Cukrzyca		ryczałt	8,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1754	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
1755	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
1756	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
1757	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
1758	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	77,13	77,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	38,57
1759	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	12,84	12,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	6,42
1760	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	60,53	60,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	30,27
1761	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	12,84	12,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	6,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1762	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	84,92	84,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	42,46
1763	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	14,42	12,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	8,00
1764	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,90	57,13	60,56	72,08	72,08	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstotścią 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
1765	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991465377	2025-04-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,12	72,12	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstotścią akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1766	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,12	72,12	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstotścią akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1767	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2025-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,27	65,09	69,00	80,52	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstotścią 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1768	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,30	85,64	90,78	104,78	104,78	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1769	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046	2025-04-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,89	104,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1770	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,89	104,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1771	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	2025-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	90,40	97,63	103,49	117,49	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	12,41
1772	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	56,50	61,02	64,68	76,20	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	7,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1773	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2026-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,11	64,92	68,82	80,34	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
1774	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	84,50	91,26	96,74	110,74	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,66
1775	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	2026-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	90,26	97,48	103,33	117,33	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
1776	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,25	65,07	68,98	80,50	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	11,51
1777	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,77	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	7,78

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1778	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,88	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,80
1779	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	57,24	68,76	68,76	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1780	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	85,86	99,86	99,86	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1781	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	114,00	123,12	130,51	146,03	144,38	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,63
1782	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,77	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	7,78

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1783	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	171,00	184,68	195,76	213,82	213,82	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,97
1784	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,88	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,80
1785	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2026-10-01	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
1786	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370	2026-10-01	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
1787	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
1788	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1789	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
1790	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
1791	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
1792	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
1793	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	15,27	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,96
1794	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
1795	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1796	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2025-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,58	12,51	13,25	15,85	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,76
1797	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2025-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,59	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,46
1798	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991105563	2025-04-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,34	10,09	10,69	13,29	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,20
1799	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991105549	2025-04-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,00	16,20	17,17	20,84	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,71
1800	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	6,80	8,32	4,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
1801	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,55	12,47	13,22	15,82	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,76
1802	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	13,28	15,88	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,81
1803	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	23,10	24,95	26,45	30,97	17,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,91
1804	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,59	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,01
1805	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	34,65	37,42	39,67	45,72	26,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,71
1806	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,84	80,84	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1807	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,16	117,16	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1808	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,07	153,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1809	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,17	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,85
1810	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05055565743331	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	63,47	68,55	72,66	85,27	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,28
1811	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05055565743348	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	95,20	102,82	108,98	123,80	123,80	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1812	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05055565743355	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	126,93	137,08	145,31	161,92	161,92	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1813	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05055565743324	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,93	8,56	9,10	12,68	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,36
1814	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	04260598450540	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,13	83,13	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1815	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	04260598450557	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	92,40	99,79	105,78	120,60	120,60	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
1816	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	04260598450564	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	123,20	133,06	141,04	157,65	157,65	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
1817	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	04260598450533	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	8,32	8,86	12,44	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	5,12

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1818	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	71,58	84,19	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1819	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	107,38	122,20	122,20	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1820	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,07	135,08	143,18	159,79	159,79	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1821	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,82	8,45	8,99	12,57	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,25
1822	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991384234	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,84	80,84	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1823	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991384241	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,16	117,16	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1824	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991384258	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,07	153,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1825	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991384197	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,17	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1826	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
1827	Lamotriginum	Epitriginę 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
1828	Lamotriginum	Epitriginę 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
1829	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,65	19,06	20,21	25,42	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	9,59
1830	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
1831	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
1832	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
1833	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1834	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
1835	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
1836	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
1837	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
1838	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
1839	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
1840	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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>2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - 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
1842	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>2026-10-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych		ryczałt	4,27
1843	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>2026-10-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<3>Leczenie guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	0,00
1844	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>2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - 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
1845	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>2026-10-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych		ryczałt	48,15
1846	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>2026-10-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<3>Leczenie guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	44,95
1847	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1848	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
1849	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
1850	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
1851	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
1852	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
1853	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
1854	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
1855	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,08	24,93	26,42	34,02	31,68	Jaskra		ryczałt	5,54

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1856	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,63	38,01	Jaskra		ryczałt	6,82
1857	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	87,00	93,96	99,60	114,03	114,03	Jaskra		ryczałt	9,60
1858	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,63	28,76	30,49	38,09	31,68	Jaskra		ryczałt	9,61
1859	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,90	83,05	88,03	101,63	95,03	Jaskra		ryczałt	14,60
1860	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2025-10-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,45	32,89	34,86	43,29	38,01	Jaskra		ryczałt	8,48
1861	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	92,30	99,68	105,67	120,10	114,03	Jaskra		ryczałt	15,67
1862	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	35,08	31,68	Jaskra		ryczałt	6,60
1863	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,00	77,76	82,43	96,03	95,03	Jaskra		ryczałt	9,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1864	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,75	27,81	29,48	37,08	31,68	Jaskra		ryczałt	8,60
1865	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,00	77,76	82,43	96,03	95,03	Jaskra		ryczałt	9,00
1866	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 7,5 ml	05900257102555	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,50	78,30	83,00	96,60	95,03	Jaskra		ryczałt	9,57
1867	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	80,23	86,65	91,84	105,44	95,03	Jaskra		ryczałt	18,41
1868	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	33,54	41,14	31,68	Jaskra		ryczałt	12,66
1869	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991220365	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,40	32,83	34,80	43,23	38,01	Jaskra		ryczałt	8,42
1870	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991220396	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	91,30	98,60	104,52	118,95	114,03	Jaskra		ryczałt	14,52
1871	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,25	22,95	24,33	31,93	31,68	Jaskra		ryczałt	3,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1872	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	63,75	68,85	72,99	86,59	86,59	Jaskra		ryczałt	8,00
1873	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 przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,89	32,28	34,21	41,81	31,68	Jaskra		ryczałt	13,33
1874	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,98	68,02	72,10	85,70	85,70	Jaskra		ryczałt	8,00
1875	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,86	30,86	Jaskra		ryczałt	3,20
1876	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,59	27,64	29,30	36,90	31,68	Jaskra		ryczałt	8,42
1877	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,86	30,86	Jaskra		ryczałt	3,20
1878	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,96	65,84	69,79	83,39	83,39	Jaskra		ryczałt	8,00
1879	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,20	30,46	32,28	39,88	31,68	Jaskra		ryczałt	11,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1880	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
1881	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
1882	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
1883	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
1884	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 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
1885	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,90	89,53	94,90	109,39	109,39	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1886	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,95	89,59	94,96	109,45	109,45	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1887	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 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
1888	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1889	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
1890	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunosupresyjne - 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
1891	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - 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
1892	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - 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
1893	Leflunomidum	Leflunomide Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991498238	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	43,46	46,94	49,76	60,25	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,83
1894	Leflunomidum	Leflunomide Aurovitas, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991498306	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	64,96	70,16	74,37	87,38	86,42	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	4,16
1895	Leflunomidum	Leflunomide Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991498443	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	86,94	93,90	99,53	114,02	114,02	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1896	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	44,00	47,52	50,37	60,86	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	6,44
1897	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	66,00	71,28	75,56	88,57	86,42	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,35
1898	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,23	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1899	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	76,99	83,15	88,14	102,63	102,63	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1900	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,23	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1901	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	<1><2>2025-01-01/<3>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	<1><2>3 lata/<3>2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,81	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <3>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,30
1902	Letrozolum	Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923	<1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	46,59	56,70	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,67
1903	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2025-01-01/<2><3>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	<1><2>3 lata/<3>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,50	48,06	50,94	61,05	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <3>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	9,02
1904	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	122,00	131,76	139,67	156,10	156,10	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1905	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,81	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,78

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1906	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,00	43,20	45,79	55,90	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,87
1907	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	162,80	175,82	186,38	204,55	204,55	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1908	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	46,59	56,70	52,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	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
1909	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
1910	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
1911	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
1912	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
1913	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2024-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,52	74,52	Padaczka		ryczałt	3,20
1914	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,17	55,16	Padaczka		ryczałt	8,61

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1915	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,82	13,79	Padaczka		ryczałt	8,31
1916	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,36	27,58	Padaczka		ryczałt	7,18
1917	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,25	44,55	47,23	55,40	41,37	Padaczka		ryczałt	15,51
1918	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755	2025-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	81,96	88,52	93,83	105,56	74,52	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	34,24
1919	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	42,93	46,36	49,15	58,80	55,16	Padaczka		ryczałt	7,20
1920	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,46	23,18	24,57	31,17	27,58	Padaczka		ryczałt	6,79
1921	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909991374501	2026-10-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,00	58,32	61,82	73,55	73,55	Padaczka		ryczałt	3,20
1922	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2026-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	83,94	97,59	97,59	Padaczka		ryczałt	7,11
1923	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2026-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,62	51,62	Padaczka		ryczałt	3,56
1924	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,31	19,77	20,96	27,56	27,56	Padaczka		ryczałt	3,20
1925	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2026-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	10,49	14,56	13,79	Padaczka		ryczałt	3,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1926	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2026-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,62	51,62	Padaczka		ryczałt	3,56
1927	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2026-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,33	19,80	20,98	27,58	27,58	Padaczka		ryczałt	3,20
1928	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,96	59,36	62,92	74,66	74,66	Padaczka		ryczałt	5,33
1929	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2026-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	31,46	39,63	39,63	Padaczka		ryczałt	3,20
1930	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,25	51,25	Padaczka		ryczałt	3,56
1931	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	9,81	10,39	14,46	13,79	Padaczka		ryczałt	3,87
1932	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,17	19,62	20,80	27,40	27,40	Padaczka		ryczałt	3,20
1933	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,25	29,43	31,20	39,37	39,37	Padaczka		ryczałt	3,20
1934	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672	2024-07-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	51,00	55,08	58,38	70,11	70,11	Padaczka		ryczałt	3,20
1935	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	87,33	94,32	99,98	113,63	110,32	Padaczka		ryczałt	10,42
1936	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,67	47,16	49,99	59,64	55,16	Padaczka		ryczałt	8,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1937	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,67	47,16	49,99	59,64	55,16	Padaczka		ryczałt	8,04
1938	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,83	23,58	24,99	31,59	27,58	Padaczka		ryczałt	7,21
1939	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	65,50	70,74	74,98	86,72	82,74	Padaczka		ryczałt	9,31
1940	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	32,75	35,37	37,50	45,67	41,37	Padaczka		ryczałt	7,50
1941	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	2026-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	72,68	78,49	83,20	96,85	96,85	Padaczka		ryczałt	7,11
1942	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	40,96	44,24	46,89	56,54	55,16	Padaczka		ryczałt	4,94
1943	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	10,24	11,06	11,72	15,79	13,79	Padaczka		ryczałt	5,20
1944	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203	2026-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,25	51,25	Padaczka		ryczałt	3,56
1945	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	20,48	22,12	23,45	30,05	27,58	Padaczka		ryczałt	5,67
1946	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272	2026-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,51	58,87	62,40	74,14	74,14	Padaczka		ryczałt	5,33
1947	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,72	33,18	35,16	43,33	41,37	Padaczka		ryczałt	5,16

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1948	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841	2025-07-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	53,00	57,24	60,67	72,40	72,40	Padaczka		ryczałt	3,20
1949	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	86,00	92,88	98,45	112,10	110,32	Padaczka		ryczałt	8,89
1950	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,00	46,44	49,23	58,88	55,16	Padaczka		ryczałt	7,28
1951	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	10,75	11,61	12,31	16,38	13,79	Padaczka		ryczałt	5,79
1952	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,00	46,44	49,23	58,88	55,16	Padaczka		ryczałt	7,28
1953	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,50	23,22	24,61	31,21	27,58	Padaczka		ryczałt	6,83
1954	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	32,25	34,83	36,93	45,10	41,37	Padaczka		ryczałt	6,93
1955	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2023-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,52	74,52	Padaczka		ryczałt	3,20
1956	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2024-04-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	27,58	29,79	31,57	39,73	37,26	Padaczka		ryczałt	5,67
1957	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,99	59,39	62,95	72,60	55,16	Padaczka		ryczałt	21,00
1958	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,82	13,79	Padaczka		ryczałt	9,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1959	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,50	29,70	31,48	38,08	27,58	Padaczka		ryczałt	13,70
1960	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,25	44,55	47,23	55,40	41,37	Padaczka		ryczałt	17,23
1961	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,35	26,30	27,87	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 naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	15,88
1962	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,31	10,05	10,66	13,40	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 naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,59
1963	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	13,96	17,62	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 naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,49
1964	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,97	15,09	15,99	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 naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,17
1965	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,40	30,67	32,51	40,38	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 naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,24
1966	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,93	35,56	37,70	45,57	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 naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	19,43
1967	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,70	31,00	32,85	40,72	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 naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,58
1968	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	25,08	25,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,77
1969	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,41	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 naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1970	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,57	20,06	21,25	27,29	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
1971	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,85	30,08	31,88	39,46	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
1972	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	23,46	23,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,34
1973	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
1974	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,10	19,55	20,73	26,77	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
1975	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,10	29,27	31,03	38,61	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
1976	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	25,40	25,20	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%	7,76
1977	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,45	14,53	15,40	19,06	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
1978	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	31,77	39,35	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
1979	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1980	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
1981	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
1982	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
1983	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
1984	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
1985	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
1986	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
1987	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1988	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
1989	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	38,54	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	17,27
1990	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
1991	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
1992	Levodopum + Carbidopum	Parkador, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909991513078	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - 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	17,70	19,12	20,26	26,75	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	5,48
1993	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
1994	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2025-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	7,47	8,07	8,61	12,07	12,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1995	Levothyroxinum natrium	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
1996	Levothyroxinum natrium	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
1997	Levothyroxinum natrium	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
1998	Levothyroxinum natrium	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
1999	Levothyroxinum natrium	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2000	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
2001	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
2002	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
2003	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
2004	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
2005	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
2006	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
2007	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
2008	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
2009	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
2010	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
2011	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
2012	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
2013	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
2014	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
2015	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
2016	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2017	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
2018	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
2019	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
2020	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
2021	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
2022	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	2026-10-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	14,11	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,62
2023	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
2024	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
2025	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
2026	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
2027	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2028	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
2029	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
2030	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
2031	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
2032	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
2033	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
2034	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
2035	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
2036	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
2037	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
2038	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2039	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	14,09	14,09	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%	4,23
2040	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
2041	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
2042	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
2043	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
2044	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
2045	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
2046	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
2047	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	16,95	15,75	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%	5,34
2048	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,70	11,56	12,25	15,71	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2049	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,19
2050	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,19
2051	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,31
2052	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990638659	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,56
2053	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990818914	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,24	9,98	10,57	13,83	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,31
2054	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990649112	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,56
2055	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909990649129	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	34,54	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,97
2056	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,89	10,68	11,32	14,78	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,72
2057	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,79	10,57	11,21	14,67	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,61

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2058	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,74	8,36	8,90	12,36	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	4,30
2059	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,27	18,65	19,77	23,23	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,65
2060	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2061	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2062	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,93	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,87
2063	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2064	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,89	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,71
2065	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,93	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,87
2066	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2067	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,89	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,71

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,31
2069	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,24	9,98	10,57	13,83	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,31
2070	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt.	05909990686339	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,63	20,12	21,33	26,79	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,74
2071	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt.	05909990686360	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,94	30,18	31,99	39,05	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,48
2072	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt.	05909990645565	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,56
2073	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,61	20,10	21,31	26,77	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,72
2074	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,79	10,57	11,21	14,67	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,61
2075	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,94	21,54	22,83	28,58	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,45
2076	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,97	10,77	11,42	14,88	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2077	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,65	12,58	13,34	14,74	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,05
2078	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,00	12,96	13,74	15,14	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,41
2079	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768	2025-07-01	2 lata	178.10. Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	18,34	19,81	21,00	27,60	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2080	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991560775	2025-07-01	2 lata	178.10. Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	39,79	42,97	45,55	55,20	55,20	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2081	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991560782	2025-07-01	2 lata	178.10. Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	84,51	91,27	96,75	110,40	110,40	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2082	Lurasidonum	Asil, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05907637916511	2026-10-01	3 lata	178.10. Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	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
2083	Lurasidonum	Asil, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05907637916535	2026-10-01	3 lata	178.10. Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	36,60	39,53	41,90	51,55	51,55	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
2084	Lurasidonum	Asil, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05907637916559	2026-10-01	3 lata	178.10. Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	73,20	79,06	83,80	97,45	97,45	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2085	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	95,77
2086	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	71,22
2087	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	20,02
2088	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05901720141217	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2089	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05901720141224	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2090	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05901720141231	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2091	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	09008732018684	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2092	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	09008732018707	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2093	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	09008732018721	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2094	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991576431	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2095	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991576448	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2096	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991576455	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2097	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05903060631908	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2098	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05903060631915	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2099	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05903060631922	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpyszotyczne - 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 przeciwpyszotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2100	Lutropinum alfa + Folitropinum alfa	Pergoveris, roztwór do wstrzykiwań, (300 + 150 j.m.)/0,48 ml	1 wstrzykiwacz	04054839340109	2026-10-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	428,19	462,45	490,19	516,27	516,27	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	3,20
2101	Lutropinum alfa + Folitropinum alfa	Pergoveris, roztwór do wstrzykiwań, (900 + 450 j.m.)/1,44 ml	1 wstrzykiwacz	04054839340123	2026-10-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1284,59	1387,36	1470,60	1516,88	1516,88	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	3,20
2102	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2025-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	7,70	8,32	8,86	12,41	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2103	Megestrolu acetat	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	2024-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	113,00	122,04	129,36	144,99	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,91

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2104	Megestrolu acetat	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	2025-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2105	Megestrolu acetat	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	2025-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2106	Megestrolu acetat	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	2025-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,76
2107	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	18,75	20,25	21,47	28,51	28,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,83
2108	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	7,30	7,88	8,42	11,67	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,36
2109	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	9,50	10,26	10,88	15,33	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,67
2110	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	8,70	9,40	9,96	13,21	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2111	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
2112	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
2113	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
2114	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 1 ml	05909990812905	2026-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1142,00	1233,36	1307,36	1350,49	1350,49	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadzenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2115	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 1 ml	05909990812981	2026-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	570,50	616,14	653,11	683,54	683,54	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2116	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	175,33	175,33	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
2117	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	92,34	87,65	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	7,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2118	Menotropinum	Mensinorm Set, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 900 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	08033638959138	2026-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	827,00	893,16	946,75	983,56	983,56	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
2119	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
2120	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
2121	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2122	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
2123	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
2124	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
2125	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
2126	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
2127	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
2128	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
2129	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
2130	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2131	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
2132	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
2133	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
2134	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
2135	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
2136	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
2137	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
2138	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
2139	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
2140	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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
2142	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2143	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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
2144	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 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
2145	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2146	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990765386	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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
2147	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 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
2148	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2149	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990765409	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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
2150	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	11,83	17,05	17,05	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2151	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2152	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,86	25,77	27,31	31,72	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	18,69
2153	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	23,70	28,11	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,08
2154	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,29	6,79	7,33	8,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,95
2155	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,91	12,86	13,63	16,15	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,23
2156	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,64	16,89	17,91	21,46	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,49
2157	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,97	9,69	10,27	12,27	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,38
2158	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,42	18,81	19,95	23,50	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,53
2159	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,15	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,12
2160	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,95	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,03
2161	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,11	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,14

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,65	22,30	23,64	30,64	30,64	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2163	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,65	22,30	23,64	30,64	30,64	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	9,19
2164	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - 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
2165	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,71	8,12	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,03
2166	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - 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
2167	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,97	16,23	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,61
2168	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2169	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	24,05	24,05	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,22
2170	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,32	11,15	11,82	16,23	16,23	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2171	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,32	11,15	11,82	16,23	16,23	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,87
2172	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - 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 insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,37
2173	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,23	4,06	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	2,39
2174	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - 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 insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,54
2175	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,46	8,12	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,78
2176	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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 insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,68
2177	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,65	12,17	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,13
2178	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,55	18,95	20,09	26,55	26,55	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2179	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,55	18,95	20,09	26,55	26,55	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	7,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2180	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2181	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2182	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2183	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2184	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2185	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990624768	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2186	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2187	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2188	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,63	28,63	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2189	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2190	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2191	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 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 insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2192	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	16,26	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,23
2193	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,59	16,84	17,85	23,73	23,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2194	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,46
2195	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
2196	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,64	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,15
2197	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
2198	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,89	5,28	5,82	8,03	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90
2199	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	10,47	11,09	15,05	13,80	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,01
2200	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,54	15,70	16,64	21,86	20,69	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2201	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
2202	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
2203	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2204	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2205	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2206	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
2207	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
2208	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2209	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2210	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - 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
2211	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	08595566456283	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,12	21,73	23,04	30,04	30,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2212	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	08595566456214	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,03	5,43	5,97	8,49	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2213	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	08595566456245	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,06	10,86	11,51	15,92	15,92	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2214	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	08595566456252	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,09	16,30	17,28	23,16	23,16	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2215	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	08595566455996	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,53	2,73	3,27	4,75	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,89
2216	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	08595566456023	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,03	5,43	5,97	8,49	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2217	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	08595566456177	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,10	18,47	19,58	26,04	26,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2218	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	08595566456139	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,55	9,23	9,78	13,74	13,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2219	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	08595566456146	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,83	13,86	14,69	19,91	19,91	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2220	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,15	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,12
2221	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,95	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,03
2222	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,11	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,14

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2223	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	23,70	30,70	30,70	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2224	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,53	16,77	17,78	23,66	23,66	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2225	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,36	11,19	11,86	16,27	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,24
2226	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,77	8,39	8,93	12,48	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,51
2227	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,66	19,07	20,22	26,68	26,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2228	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,25	14,31	15,17	20,39	20,39	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2229	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	41,40	44,71	47,39	54,39	32,46	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	28,33
2230	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	14,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,45
2231	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,63	23,36	24,76	29,17	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,14
2232	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,36	5,79	6,33	7,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,95
2233	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,05	33,53	35,54	41,42	24,35	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	21,87

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,76	8,38	8,92	10,92	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,03
2235	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,77	11,63	12,33	14,85	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,93
2236	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,54	23,26	24,66	29,07	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,04
2237	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,35	5,78	6,32	7,80	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,94
2238	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,70	11,56	12,25	14,77	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,85
2239	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,07	8,72	9,26	11,26	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,37
2240	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,14	17,43	18,48	22,03	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,06
2241	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,60	9,29	9,85	12,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,45
2242	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,20	18,58	19,69	24,10	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,07
2243	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,30	4,64	5,18	6,66	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,80
2244	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,60	9,29	9,85	12,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2245	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
2246	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
2247	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,25	4,59	5,13	6,18	2,30	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	6,18
2248	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	15,04	16,24	17,22	22,98	22,98	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2249	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,55	4,91	5,45	7,11	4,60	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	5,71
2250	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2024-07-01 - dla kolumny 14, 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
2251	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,94	72,30	76,64	89,09	89,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2252	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,25	96,39	102,18	116,29	116,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2253	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,88	144,59	153,26	169,71	169,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2254	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,51	192,79	204,36	222,54	222,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2255	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,13	240,98	255,44	274,90	274,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2256	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - 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	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
2257	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2025-07-01 - dla kolumny 14, 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
2258	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2025-07-01 - dla kolumny 14, 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
2259	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2024-07-01 - dla kolumny 14, 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
2260	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2025-07-01 - dla kolumny 14, 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
2261	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2024-07-01 - dla kolumny 14, 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
2262	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2025-07-01 - dla kolumny 14, 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
2263	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2024-07-01 - dla kolumny 14, 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2264	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2025-07-01 - dla kolumny 14, 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
2265	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2024-07-01 - dla kolumny 14, 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
2266	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2025-07-01 - dla kolumny 14, 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
2267	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - 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
2268	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - 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
2269	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - 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
2270	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2271	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2272	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2273	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2274	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2275	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2276	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2277	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2278	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2279	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2280	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2281	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2282	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2283	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2284	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2285	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2286	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2287	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2288	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2289	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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
2290	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2291	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
2292	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
2293	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
2294	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
2295	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
2296	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
2297	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
2298	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
2299	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2300	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
2301	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187068	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,25	298,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2302	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187051	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	80,80	87,26	92,50	106,61	106,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2303	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	301,67	325,80	345,35	368,02	368,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2304	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187082	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	101,00	109,08	115,62	130,90	130,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2305	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187129	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	363,60	392,69	416,25	440,84	440,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68
2306	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187112	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	121,20	130,90	138,75	155,20	155,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2307	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	422,33	456,12	483,48	510,00	510,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2308	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187143	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	141,40	152,71	161,87	179,41	179,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2309	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187181	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	484,80	523,58	555,00	583,44	583,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2310	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187174	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	161,60	174,53	185,00	203,18	203,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2311	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187242	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	606,00	654,48	693,75	725,59	725,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2312	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187235	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	202,00	218,16	231,25	250,71	250,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2313	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	724,00	781,92	828,84	863,48	863,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2314	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187297	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,25	298,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2315	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
2316	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
2317	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991496425	2026-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,50	29,70	31,48	39,67	39,67	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2318	Methylodopum	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
2319	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991459857	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2320	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991462260	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2321	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991462253	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2322	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991456658	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2323	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991451691	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2324	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991520793	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2325	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991481384	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2326	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909990156511	2025-01-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	36,80	39,74	42,13	50,32	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	22,49
2327	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	45,57	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	4,91
2328	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2329	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
2330	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
2331	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
2332	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	45,57	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	5,72
2333	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
2334	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	25,31	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	5,70
2335	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
2336	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	12,66	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	5,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2337	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	25,31	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	16,00
2338	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	50,63	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	24,65
2339	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	75,94	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	21,49
2340	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	101,26	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	24,88
2341	Methylphenidati hydrochloridum	Mindetra, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05908289660685	2026-10-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	24,55	26,51	28,10	37,27	37,27	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
2342	Methylphenidati hydrochloridum	Mindetra, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 27 mg	30 szt.	05908289660692	2026-10-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	41,21	44,51	47,17	58,34	58,34	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	3,20
2343	Methylphenidati hydrochloridum	Mindetra, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05908289660708	2026-10-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	57,86	62,49	66,24	79,31	79,31	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
2344	Methylphenidati hydrochloridum	Mindetra, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 54 mg	30 szt.	05908289660715	2026-10-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	91,15	98,44	104,35	119,52	119,52	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2345	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fioł.po 1 ml	05909990154814	2025-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	9,70	10,48	11,10	15,33	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,67
2346	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fioł.po 1 ml	05909990236312	2025-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,00	10,80	11,45	15,68	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,02
2347	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	44,27	44,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2348	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	9,82	8,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,42
2349	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	33,45	33,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2350	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	9,82	8,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,42
2351	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	17,79	17,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,00
2352	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	23,50	25,38	26,90	34,39	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2353	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,40	6,91	7,45	10,25	8,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,85
2354	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	10,99	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasistolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2355	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	7,72	5,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasistolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,33
2356	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,99	6,47	7,01	9,91	9,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,67
2357	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,97	19,41	20,57	27,17	27,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,33
2358	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,85	21,44	22,72	29,32	29,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,92
2359	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	35,10	37,91	40,19	49,85	49,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,46
2360	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,83	9,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,66
2361	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,70	19,12	20,26	26,86	26,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,25
2362	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,30	13,28	14,08	19,04	19,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,14
2363	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,45	19,93	21,12	27,72	27,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,49
2364	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2025-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,74	19,16	20,30	26,90	26,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,07
2365	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2025-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	34,85	37,64	39,90	49,56	49,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,87
2366	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2024-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,53	7,05	7,59	10,49	9,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,55
2367	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2024-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,45	21,01	22,27	28,87	28,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,66
2368	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 przeciugrzybiczym	18,00	19,44	20,61	27,15	27,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,22

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2369	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
2370	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
2371	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
2372	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
2373	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
2374	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
2375	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
2376	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
2377	mieszkanki alergenów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2025-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,30	268,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2378	Mieszkanki wyciągów alergenowych 5 traw (688)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991524593	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	364,20	292,04	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%	159,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2379	Mieszanki wyciągów alergenowych 5 traw (688)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991524609	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	290,00	313,20	331,99	352,75	292,04	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%	148,32

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2380	Mieszkanki 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2381	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
2382	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2025-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	15,00	16,20	17,17	22,06	18,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,02
2383	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2025-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,00	12,96	13,74	18,63	18,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,59

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2384	Modafinilum	Actimodan, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991443856	2025-07-01	2 lata	185.2, Leki psychoanaleptyczne - modafinil	414,00	447,12	473,95	500,03	500,03	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		30%	150,01
2385	Modafinilum	Actimodan, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991443849	2025-07-01	2 lata	185.2, Leki psychoanaleptyczne - modafinil	132,00	142,56	151,11	167,67	150,01	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		30%	62,66
2386	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
2387	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
2388	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	2026-10-01	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
2389	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	2026-10-01	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
2390	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
2391	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	2026-10-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	13,80	14,90	15,80	20,51	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,16
2392	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
2393	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
2394	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991031275	2026-10-01	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
2395	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
2396	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
2397	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2398	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,59	20,08	21,29	27,12	23,35	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,70
2399	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,12
2400	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,67
2401	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,86	22,53	23,88	29,71	23,35	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,03
2402	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,12
2403	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,07
2404	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,63	19,04	20,19	26,02	23,35	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,68
2405	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2406	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2407	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,53	14,61	15,49	21,32	21,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,40
2408	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
2409	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
2410	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,15	16,36	17,34	23,17	23,17	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,95
2411	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235	2023-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,60	15,77	16,72	22,55	22,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,77
2412	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,35	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,01
2413	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,45	15,61	16,55	22,69	22,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,81
2414	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	35,70	38,56	40,87	49,95	49,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	14,99
2415	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	2025-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	10,88	13,78	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,24

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2416	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,75
2417	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,41
2418	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,03
2419	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,56
2420	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,00	19,44	20,61	26,44	23,35	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,10
2421	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,24
2422	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,07
2423	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,40	16,63	17,63	23,46	23,35	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,12
2424	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; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2425	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
2426	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,45	6,78	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,87
2427	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,45	6,78	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,67
2428	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,45	67,80	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,85
2429	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,45	67,80	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,65
2430	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,13	111,13	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2431	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,13	111,13	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2432	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,25	20,34	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,11
2433	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,25	20,34	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,91
2434	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	40,03	40,03	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2435	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	40,03	40,03	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2436	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
2437	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
2438	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
2439	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
2440	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,76	13,56	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,40
2441	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,76	13,56	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,20
2442	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	109,83	118,62	125,73	141,46	135,60	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,26
2443	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	109,83	118,62	125,73	141,46	135,60	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,86
2444	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,20	271,20	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,80
2445	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,20	271,20	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2446	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,79	40,68	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,31
2447	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,79	40,68	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,11
2448	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,36	81,36	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,84
2449	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,36	81,36	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,00
2450	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
2451	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
2452	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,75	70,75	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2453	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,75	70,75	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2454	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2025-01-01 - dla kolumny 14; <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14; <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	193,74	209,24	221,79	235,93	110,77	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczień rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	128,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2455	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
2456	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
2457	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2024-07-01/<3>2026-01-01/<4>2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy/<4>1 rok - 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
2458	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2024-07-01/<3>2026-01-01/<4>2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy/<4>1 rok - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,12	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2459	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1><2><3><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
2460	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
2461	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,50	66,42	70,41	82,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; 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
2462	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
2463	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	42,23	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,26

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2464	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	79,80	86,18	91,36	101,45	57,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	46,69

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2465	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	119,70	129,28	137,03	149,44	86,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	65,70
2466	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 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 zaparcí indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonist opioidowy zarówno osobno jak i w połączeniu		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2467	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
2468	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
2469	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
2470	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
2471	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
2472	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
2473	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	13,74	17,68	13,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,94

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2474	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
2475	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
2476	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
2477	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
2478	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	10,07	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,44
2479	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,50	16,74	17,74	22,48	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,35
2480	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,90	15,01	15,91	19,43	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,23
2481	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	42,89	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2482	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	7,91	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,99
2483	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	14,92	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,08
2484	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,94	16,14	17,11	21,85	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,09
2485	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,88	32,27	34,20	41,60	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,07
2486	Natrii risedronas	Risedros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	9,63	10,40	11,03	14,63	12,60	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	5,81
2487	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
2488	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2489	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
2490	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
2491	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
2492	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
2493	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - 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
2494	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,92	34,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2495	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
2496	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2497	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	12,18	12,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2498	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	14,70	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,90
2499	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	13,29	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2500	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	24,90	24,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2501	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	12,56	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2502	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	23,74	23,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2503	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	44,15	44,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,76
2504	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	16,95	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,54
2505	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	25,76	25,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2506	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	17,80	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,30
2507	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	17,05	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,25
2508	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	16,40	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,60
2509	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	16,45	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2510	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	14,04	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,24
2511	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	23,72	23,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2512	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	12,63	12,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2513	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2026-10-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,03	8,67	9,21	13,27	13,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2514	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	12,18	12,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2515	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	41,30	41,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2516	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	13,79	13,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2517	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	22,80	22,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2518	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	42,27	42,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,76
2519	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	18,83	14,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,23
2520	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
2521	Nitrendipinum	Nitrendipina 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	3,90	4,21	4,75	6,35	4,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2522	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	7,80	8,42	8,96	11,71	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	5,59
2523	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	5,67	6,12	6,66	9,41	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,29
2524	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	11,42	12,33	13,08	17,82	17,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,40
2525	Norethisteroni acetat + Estradioli valeras	Cliovella 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
2526	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 hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	26,29
2527	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 hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,40
2528	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	519,22	560,76	594,40	623,80	612,24	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prąjelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2529	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1038,45	1121,53	1188,82	1230,45	1224,49	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekreacji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,16
2530	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1557,67	1682,28	1783,22	1836,73	1836,73	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekreacji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2531	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,20	55,30	58,61	72,30	72,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2532	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	38,88	38,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2533	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,80	72,14	76,47	89,84	89,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2534	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,59	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2535	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,50	144,18	152,83	170,20	170,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2536	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,60	144,29	152,95	170,32	170,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2537	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,40	149,47	158,44	175,81	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2538	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05995327199160	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	276,00	298,08	315,96	337,72	337,72	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	11,95
2539	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,60	37,37	39,61	49,00	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,93
2540	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,59	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,25
2541	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,40	63,07	66,85	80,22	80,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2542	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2543	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	184,00	198,72	210,64	231,31	231,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2544	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	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
2545	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	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
2546	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2547	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2548	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 przeciwpyschotyczne - 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
2549	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,61	48,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2550	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,30	74,84	79,34	92,71	92,54	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,37
2551	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,30	74,84	79,34	92,71	92,54	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2552	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	241,00	260,28	275,90	296,57	296,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2553	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	244,00	263,52	279,33	300,00	300,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2554	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,73	148,75	157,67	175,04	175,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2555	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	38,44	47,83	46,27	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,76
2556	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,50	130,14	137,95	154,33	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
2557	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2558	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2559	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2560	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,73	148,75	157,67	175,04	175,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2561	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991535094	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	38,44	47,83	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,76
2562	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
2563	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
2564	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
2565	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,80	77,54	82,20	95,57	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,23
2566	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,20	117,94	125,01	140,40	138,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,07
2567	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	184,06	184,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2568	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,90	38,77	41,09	50,48	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,41
2569	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2570	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 przeciwpyschotyczne - 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
2571	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 przeciwpyschotyczne - 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
2572	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,20	72,58	76,93	90,30	90,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2573	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,88	44,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2574	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 przeciwpyschotyczne - 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
2575	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,65	44,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2576	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 przeciwpyschotyczne - 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
2577	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	92,40	99,79	105,78	121,17	121,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2578	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,20	133,06	141,04	158,41	158,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2579	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,65	44,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2580	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,00	69,12	73,27	86,64	86,64	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2581	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,88	44,88	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2582	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	286,72	309,66	328,23	349,99	349,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
2583	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2024-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	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
2584	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2585	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,10	80,03	84,83	98,52	98,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2586	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,04	156,64	166,04	183,41	183,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2587	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	155,40	167,83	177,90	195,62	195,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2588	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	233,10	251,75	266,86	286,91	286,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,60
2589	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991530945	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,50	111,78	118,49	133,88	133,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2590	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991530969	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,00	149,04	157,98	175,35	175,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2591	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	143,36	154,83	164,12	181,49	181,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2592	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2024-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	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
2593	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,01	38,89	41,22	50,61	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,79

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2594	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,50	41,58	44,07	53,76	49,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,38
2595	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,52	78,32	83,02	96,39	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,05
2596	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,70	83,92	88,95	102,64	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,69
2597	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	116,55	125,87	133,42	149,23	148,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,30
2598	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,32	81,35	86,23	99,60	92,54	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,23
2599	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	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
2600	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,90	47,41	50,25	63,62	63,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2601	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2><3>3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,00	59,40	62,96	76,33	76,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2602	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,54	91,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2603	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,54	91,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2604	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,83	222,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,72
2605	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,83	222,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,72
2606	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,43	110,62	117,27	132,66	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
2607	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	267,74	289,16	306,50	327,71	327,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,08
2608	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	136,57	147,50	156,34	173,71	173,71	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2609	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	356,99	385,55	408,68	432,62	432,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,44
2610	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	34,46	34,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2611	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,95	23,71	25,13	34,52	34,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2612	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,48	46,27	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,87
2613	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,48	46,27	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,87
2614	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,58	115,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,17
2615	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,58	115,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,17
2616	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	312,48	337,48	357,73	380,11	380,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,52
2617	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	106,07	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,11
2618	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	106,07	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2619	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	242,10	261,47	277,16	297,21	297,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,64
2620	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,15	126,52	134,11	149,92	148,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,39
2621	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2622	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,20	168,70	178,82	196,54	196,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76
2623	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2624	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,24	168,74	178,86	196,58	196,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76
2625	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,03	39,99	42,39	52,08	49,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,13
2626	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,35	43,58	46,19	55,88	49,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,55
2627	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,05	130,73	138,57	154,38	148,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2628	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,55	59,99	63,59	75,40	74,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,82
2629	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	291,65	314,98	333,88	355,64	355,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
2630	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,75	80,73	85,58	98,95	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,65
2631	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	219,97	237,57	251,82	271,40	271,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,06
2632	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	437,47	472,47	500,82	526,93	526,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,13
2633	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,13	121,10	128,37	143,76	138,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,49
2634	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	329,96	356,36	377,74	400,59	400,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,10
2635	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	583,30	629,96	667,76	698,23	698,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	21,50
2636	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,51	161,47	171,16	188,53	185,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,48

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2637	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	439,94	475,14	503,65	529,76	529,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,13
2638	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,82	157,49	166,94	184,31	184,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2639	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,37	40,36	42,78	52,17	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,19
2640	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,98	118,78	125,91	141,30	138,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,27
2641	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,17	79,02	83,76	97,45	97,45	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2642	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - 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
2643	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,90	127,33	134,97	150,78	148,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,17
2644	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - 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
2645	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	174,96	185,46	203,18	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2646	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - 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
2647	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,29	39,19	41,55	51,24	49,58	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,37
2648	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,21	121,19	128,46	144,27	144,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,32
2649	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,96	77,72	82,38	95,75	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,77
2650	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	184,06	184,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2651	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	110,88	119,75	126,93	142,32	138,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,19
2652	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	222,60	240,41	254,84	274,42	274,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,06
2653	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,52	161,48	171,17	188,54	185,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,49
2654	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	299,04	322,96	342,34	364,10	364,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2655	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,16	36,89	39,11	48,50	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,89
2656	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,12	76,81	81,42	94,79	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,91
2657	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,25	62,91	66,69	80,06	80,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2658	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,00	120,96	128,22	145,59	145,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2659	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2> <3>6 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,80	31,10	32,97	42,36	42,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2660	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2661	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,74	112,04	118,76	134,15	134,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,03
2662	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,32	149,39	158,35	175,72	175,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2663	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,58	37,35	39,58	48,97	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2664	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postaci 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
2665	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postaci 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
2666	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 przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postaci 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
2667	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
2668	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
2669	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
2670	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
2671	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
2672	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2673	Omeprazol	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
2674	Omeprazol	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
2675	Omeprazol	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
2676	Omeprazol	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
2677	Omeprazol	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
2678	Omeprazol	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
2679	Omeprazol	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
2680	Omeprazol	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
2681	Omeprazol	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
2682	Omeprazol	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - 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
2683	Omeprazol	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2684	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
2685	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
2686	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2687	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 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
2688	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
2689	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2690	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
2691	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
2692	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2024-07-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	2,88
2693	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,95	17,23	18,26	24,27	22,72	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,75
2694	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2695	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
2696	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2026-10-01	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
2697	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2026-10-01	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
2698	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
2699	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
2700	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615	2025-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,25	38,07	40,36	49,48	44,29	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	8,39
2701	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
2702	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714	2025-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	70,49	76,13	80,70	93,71	88,57	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	8,34
2703	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
2704	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	2026-10-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	5,66	6,11	6,65	9,37	8,83	Stwardnienie rozsiane		30%	2,87
2705	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	2026-10-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	11,32	12,23	12,96	17,65	17,65	Stwardnienie rozsiane		30%	4,77
2706	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2707	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
2708	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
2709	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
2710	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
2711	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
2712	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
2713	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
2714	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
2715	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
2716	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
2717	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
2718	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
2719	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
2720	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
2721	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
2722	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
2723	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2724	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
2725	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
2726	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
2727	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
2728	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
2729	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
2730	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
2731	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
2732	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
2733	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
2734	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
2735	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
2736	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	67,80	73,22	77,62	90,01	86,68	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	3,33
2737	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	137,00	147,96	156,84	173,23	173,23	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2738	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	274,00	295,92	313,68	334,36	334,36	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2739	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,90	36,61	38,80	47,45	43,34	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	4,11
2740	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	30,30	32,72	34,69	43,34	43,34	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2741	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	60,60	65,45	69,38	81,77	81,77	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2742	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	121,20	130,90	138,75	155,14	155,14	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2743	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	17,10	18,47	19,58	25,37	21,67	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	3,70
2744	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	72,69	78,51	83,21	95,60	86,68	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	8,92
2745	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	134,24	144,98	153,67	170,06	170,06	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2746	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	268,38	289,85	307,24	327,92	327,92	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2747	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,56	36,24	38,42	47,07	43,34	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	3,73
2748	Paliperidonum	Paliperidone +pharma, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strzyk.	05901720141620	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	398,00	429,84	455,63	481,25	481,25	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2749	Paliperidonum	Paliperidone +pharma, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strzyk.	05901720141644	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	597,00	644,76	683,45	715,01	715,01	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
2750	Paliperidonum	Paliperidone +pharma, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strzyk.	05901720141613	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	298,50	322,38	341,72	364,20	364,20	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2751	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
2752	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
2753	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
2754	Paliperidonum	Poltraxin, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strzyk.	05903060632783	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	399,27	431,21	457,09	482,71	482,71	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
2755	Paliperidonum	Poltraxin, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strzyk.	05903060632790	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	598,91	646,82	685,63	717,19	717,19	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2756	Paliperidonum	Poltraxin, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 amp.-strzyk.	05903060632769	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	199,63	215,60	228,54	247,88	243,53	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	4,35
2757	Paliperidonum	Poltraxin, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strzyk.	05903060632776	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,45	323,41	342,81	365,29	365,29	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
2758	Paliperidonum	Psylixap, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strzyk.	05909991582142	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	398,00	429,84	455,63	481,25	481,25	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2759	Paliperidonum	Psylixap, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strzyk.	05909991582159	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	597,00	644,76	683,45	715,01	715,01	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
2760	Paliperidonum	Psylixap, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strzyk.	05909991582135	2026-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	298,50	322,38	341,72	364,20	364,20	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2761	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 przeciwpyszotyczne - 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
2762	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 przeciwpyszotyczne - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2763	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 przeciwpyschotyczne - 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
2764	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2025-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2765	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2025-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2766	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2025-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2767	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05903060634244	2026-07-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,48	48,48	Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	13,09
2768	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05903060634244	2026-07-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,48	48,48	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2769	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	Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	13,09
2770	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	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2771	Pantoprazolum	Anestoloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,06	8,70	9,24	11,39	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2772	Pantoprazolum	Anestoloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,97	15,09	15,99	19,84	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,26
2773	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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
2774	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
2775	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - 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
2776	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
2777	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
2778	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
2779	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
2780	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
2781	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - 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
2782	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2783	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
2784	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
2785	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
2786	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
2787	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 9 miesięcy - 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
2788	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
2789	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
2790	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
2791	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
2792	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
2793	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2794	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
2795	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
2796	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
2797	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
2798	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
2799	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
2800	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
2801	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
2802	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
2803	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
2804	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2805	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
2806	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
2807	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
2808	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
2809	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
2810	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
2811	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
2812	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
2813	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
2814	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
2815	Paroxetineum	Arkedis 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2816	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990425877	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,00	14,04	14,88	19,09	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,43
2817	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990425884	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	26,00	28,08	29,76	36,52	30,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,20
2818	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991323615	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,30	8,96	9,50	13,71	13,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,11
2819	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991323646	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,77	25,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,73
2820	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05909990798360	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	27,66	29,87	31,67	40,63	40,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,19
2821	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,50	9,18	9,73	13,94	13,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,18
2822	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990010189	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,20	14,26	15,11	19,32	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,66
2823	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990010202	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	26,40	28,51	30,22	36,98	30,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,66
2824	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,40	13,39	14,19	18,40	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,74
2825	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990570515	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,50	11,34	12,02	16,23	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,57
2826	Patiomerum	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 hiperkalemii i hiperfosfatemii	806,00	870,48	922,71	959,01	959,01	Leczenie hiperkalemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20
2827	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 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
2828	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	6,90	7,45	7,99	11,43	11,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2829	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2026-04-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyne	13,80	14,90	15,80	21,52	21,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2830	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyne	2,00	2,16	2,70	3,65	2,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,40
2831	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	2026-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyne	2,80	3,02	3,56	5,26	5,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2832	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2026-04-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyne	3,35	3,62	4,16	6,11	6,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2833	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2025-01-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyne	8,97	9,69	10,27	13,71	12,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,93
2834	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyne	2,51	2,71	3,25	4,20	2,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,79
2835	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2023-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyne	4,48	4,84	5,38	7,33	6,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,02
2836	Perindopril 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
2837	Perindopril 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
2838	Perindopril 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
2839	Perindopril 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
2840	Perindopril tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	26,31	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	20,82
2841	Perindopril tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,20	6,70	7,24	8,43	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,43

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2842	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	13,39	14,19	16,12	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,37
2843	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
2844	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	35,42	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,94
2845	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,73	19,15	20,29	22,22	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,52
2846	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aldan Combo, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991561888	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	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	16,98
2847	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aldan Combo, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991561864	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	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	16,98
2848	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aldan Combo, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991561840	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	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	8,69
2849	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
2850	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
2851	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
2852	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - 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	23,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2853	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - 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	23,68
2854	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - 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	16,01
2855	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - 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	16,01
2856	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,15	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	32,09
2857	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,79	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,64
2858	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,15	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	32,09
2859	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,79	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,64
2860	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2026-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postaci do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	9,56	9,56	Padaczka		ryczałt	2,88
2861	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	2025-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postaci do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	9,56	9,56	Padaczka		ryczałt	2,88
2862	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postaci farmaceutyczne	24,03	25,95	27,51	35,20	34,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2863	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	35,36	38,19	40,48	49,98	49,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2864	Phenoxymetylopicillinum 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	29,54	31,90	33,81	42,33	42,33	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
2865	Phenoxymetylopicillinum 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	14,20	15,34	16,25	21,76	20,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	4,64
2866	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
2867	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
2868	Piribedilum	Pronoran, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990846320	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	18,62	20,11	21,32	27,77	23,55	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,29
2869	Pitolisantum	Wakix, tabl. powł., 18 mg	30 szt.	03760254600377	2026-01-01	2 lata	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	970,08	970,08	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2870	Pitolisantum	Wakix, tabl. powł., 4,5 mg	30 szt.	03760254600360	2026-01-01	2 lata	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	970,08	970,08	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2871	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	2025-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,30	268,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadzenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2872	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	704,45	704,45	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2873	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	704,45	704,45	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2874	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	704,45	704,45	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2875	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	706,74	704,45	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	5,49

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2876	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
2877	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
2878	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
2879	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
2880	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
2881	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
2882	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	25,00	27,00	28,62	36,36	36,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2883	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
2884	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
2885	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
2886	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
2887	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
2888	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
2889	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	34,36	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	11,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2890	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
2891	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
2892	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
2893	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
2894	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
2895	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	0,78	0,84	1,38	2,13	1,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2896	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
2897	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
2898	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
2899	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
2900	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
2901	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,50	21,06	22,32	28,99	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2902	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
2903	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
2904	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
2905	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
2906	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
2907	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2908	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
2909	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
2910	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
2911	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
2912	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
2913	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,49	21,05	22,31	28,98	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2914	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
2915	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
2916	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
2917	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
2918	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05900411014441	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	92,99	100,43	106,46	121,23	121,23	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,36
2919	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 300 mg	70 szt.	05900411014472	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	185,99	200,87	212,92	231,82	231,82	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,72
2920	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05900411014458	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	46,49	50,21	53,22	63,99	61,79	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,86
2921	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2922	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	74,39	80,34	85,16	98,87	98,87	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2923	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	74,40	80,35	85,17	98,88	98,87	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,21
2924	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	98,87	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,88
2925	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
2926	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
2927	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
2928	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
2929	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
2930	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
2931	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
2932	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2933	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
2934	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	123,59	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,25
2935	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	61,79	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,85
2936	Progesteronum	Cyclogest, globulki, 400 mg	15 szt.	05909991531089	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	49,20	53,14	56,32	67,49	67,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2937	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
2938	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
2939	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
2940	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
2941	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
2942	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
2943	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2944	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
2945	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
2946	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
2947	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 400 mg	15 szt.	05909991569747	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	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
2948	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	30.0, Leki przeciwartymiczne klasy I C - propafenon	5,19	5,61	6,15	8,75	8,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
2949	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; naczylniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczylniki płaskie; naczylniki jamiste	ryczałt	4,91
2950	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; naczylniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczylniki płaskie; naczylniki jamiste	ryczałt	2,88
2951	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2025-01-01	5 lat	113.0, Leki przeciwpłatkowe - inne - pyrazinamid	125,00	135,00	143,10	159,71	159,71	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
2952	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2025-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykominimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,66	118,66	Miastenia		ryczałt	4,80
2953	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2025-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykominimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,66	118,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	32,04
2954	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,50	32,94	34,92	44,38	44,38	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2955	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,00	66,96	70,98	84,44	84,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2956	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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 ośpieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,80
2957	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	93,00	100,44	106,47	121,93	121,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2958	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	85,58	85,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2959	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,00	103,68	109,90	125,36	125,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2960	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,00	140,40	148,82	166,28	166,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2961	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,59	38,44	40,75	50,21	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
2962	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,20	75,82	80,36	93,82	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
2963	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,00	113,40	120,20	135,66	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
2964	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2965	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 przeciwpyschotyczne - 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
2966	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 przeciwpyschotyczne - 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
2967	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 przeciwpyschotyczne - 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
2968	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 przeciwpyschotyczne - 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
2969	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2970	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990081233	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2971	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2972	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990081196	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2973	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 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 przeciwpyschotyczne - 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
2974	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2975	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,40	42,55	45,10	54,56	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
2976	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,00	84,24	89,29	102,75	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
2977	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,05	36,77	38,98	48,44	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
2978	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,10	73,55	77,97	91,43	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
2979	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,92	5,65	<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
2980	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,15	110,32	116,94	132,40	132,40	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2981	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
2982	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
2983	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,48	110,68	117,32	132,78	132,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	132,00	142,56	151,11	168,57	168,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2985	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,27	18,65	19,77	26,22	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
2986	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,24	40,22	42,63	52,09	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
2987	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,50	59,94	63,54	75,00	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
2988	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2989	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2990	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - 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
2991	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 przeciwpyschotyczne - 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
2992	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 przeciwpyschotyczne - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2993	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
2994	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
2995	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - 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
2996	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - 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
2997	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - 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
2998	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>3 miesiące - 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
2999	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - 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
3000	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - 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
3001	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>6 miesięcy - 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
3002	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3003	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,30	37,04	39,27	48,73	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
3004	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991583842	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,50	72,90	77,27	90,73	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	3,49
3005	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,60	74,09	78,54	92,00	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
3006	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,90	111,13	117,80	133,26	133,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
3007	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,80	12,74	13,51	15,93	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,04
3008	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	13,23	3,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,22
3009	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	19,37	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	15,71
3010	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,68	25,57	27,11	31,38	15,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	24,05
3011	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 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
3012	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,28	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
3013	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3014	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
3015	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
3016	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
3017	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
3018	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
3019	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
3020	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
3021	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
3022	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
3023	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
3024	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3025	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
3026	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
3027	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
3028	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
3029	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
3030	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
3031	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
3032	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
3033	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
3034	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
3035	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3036	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
3037	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
3038	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
3039	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
3040	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
3041	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
3042	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
3043	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	16,10	16,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3044	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,45	2,65	3,19	5,02	5,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3045	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,70	5,08	5,62	8,83	8,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3046	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3047	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
3048	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
3049	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
3050	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
3051	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
3052	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
3053	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
3054	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
3055	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
3056	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
3057	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3058	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
3059	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
3060	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
3061	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
3062	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
3063	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
3064	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
3065	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
3066	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
3067	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
3068	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3069	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
3070	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
3071	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
3072	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
3073	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 - 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
3074	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
3075	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
3076	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
3077	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
3078	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
3079	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3080	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
3081	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
3082	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
3083	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
3084	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
3085	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
3086	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
3087	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
3088	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
3089	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
3090	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3091	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
3092	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
3093	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
3094	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
3095	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ladinorm, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05995327198569	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	29,41	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,25
3096	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ladinorm, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05995327198507	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	25,19	26,38	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,30
3097	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ladinorm, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05995327198446	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,00	15,12	16,03	17,96	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,80
3098	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ladinorm, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05995327198385	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	16,64	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,56
3099	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05900411009010	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,35	24,14	25,59	27,52	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,02
3100	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05900411008976	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,80	21,38	22,67	23,86	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3101	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 2,5+1,25 mg	30 szt.	05900411008815	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,90	10,69	11,33	11,96	0,74	Leczenie substytucyjne przewlekłego zespołu wieńcowego (po przebytym zawale mięśnia sercowego lub rewaskularyzacji) lub przewlekłej niewydolności serca ze zmniejszoną czynnością skurczową lewej komory u dorosłych pacjentów odpowiednio kontrolowanych za pomocą ramiprylu i bisoprololu podawanych jednocześnie w tej samej dawce, jak w skojarzeniu, ale w postaci oddzielnych tabletek		30%	10,30
3102	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 2,5+2,5 mg	30 szt.	05900411008853	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,90	10,69	11,33	12,15	1,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,00
3103	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	30 szt.	05900411008891	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	15,11	16,02	16,84	1,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,22
3104	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05900411008938	2026-07-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	22,34	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,23
3105	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,45	11,29	11,97	13,80	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,45
3106	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,40	14,47	15,34	18,55	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,42
3107	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
3108	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
3109	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3110	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
3111	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+1,25 mg	28 szt.	05903060630277	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	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	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,49
3112	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+2,5 mg	28 szt.	05903060630291	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	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	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,49
3113	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+1,25 mg	28 szt.	05903060630239	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	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	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,37
3114	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	28 szt.	05903060630253	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	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	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,37
3115	Ramiprilum + Indapamidum	Ramizek Inda, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10+1,5 mg	30 szt.	05900411014274	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,63	19,04	20,19	25,87	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,30
3116	Ramiprilum + Indapamidum	Ramizek Inda, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 5+1,5 mg	30 szt.	05900411014243	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,81	9,51	10,09	13,50	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,66
3117	Relugolixum	Orgovyx, tabl. powł., 120 mg	30 szt.	05055565785270	2026-01-01	2 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	368,00	397,44	421,29	445,93	445,93	Nowotwory złośliwe - zaawansowana postać hormonozależnego raka gruczołu krokowego u pacjentów dorosłych		bezpłatny do limitu	0,00
3118	Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate	Ryeqo, tabl. powł., 40+1+0,5 mg	28 szt.	05997001377949	<1>2025-04-01/<2>2025-10-01	2 lata	78.3, Hormony podwzgórza i przysadki - antygonadotropiny w skojarzeniu z analogami hormonów	289,00	312,12	330,85	353,00	353,00	<1>Leczenie do dwóch lat ciężkich objawów mięśniaków macicy w postaci nasilonych krwawień u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, po weryfikacji histologicznej endometrium, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego, po nieskutecznym leczeniu zachowawczym objawów lekami zawierającymi pochodne o działaniu gestagennym; <2>Objawowe leczenie endometriozy u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, które wcześniej były leczone farmakologicznie lub chirurgicznie;		30%	105,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3119	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwpłatkowe - antybiotyki - ryfampicyna	115,00	124,20	131,65	147,68	141,80	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,29
3120	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwpłatkowe - antybiotyki - ryfampicyna	230,00	248,40	263,30	283,59	283,59	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3121	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwpłatkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	143,75	155,25	164,57	182,15	175,62	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,88
3122	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwpłatkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	287,50	310,50	329,13	351,23	351,23	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3123	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2024-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	145,00	156,60	166,00	183,62	183,62	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3124	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpłatkowe - 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
3125	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpłatkowe - 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
3126	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 przeciwpłatkowe - 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
3127	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpłatkowe - 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
3128	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpłatkowe - rysperydon do stosowania doustnego	45,00	48,60	51,52	62,12	62,12	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,84

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3129	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	57,50	62,10	65,83	78,15	78,15	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,12
3130	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,05	6,53	7,07	9,52	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,56
3131	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,30	13,28	14,08	18,39	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,28
3132	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,20	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,93
3133	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,00	21,60	22,90	29,78	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,35
3134	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,20	6,70	7,24	9,69	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,73
3135	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	18,60	20,09	21,30	27,04	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,77
3136	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,80	13,82	14,66	18,97	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,86

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	38,40	41,47	43,96	52,56	42,94	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,82
3138	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,95	19,39	20,55	26,29	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,02
3139	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	53,85	58,16	61,65	72,25	64,41	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,68
3140	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	25,60	27,65	29,31	36,19	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
3141	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	76,80	82,94	87,92	100,24	85,88	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	19,48
3142	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,12	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,16
3143	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
3144	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,00	14,04	14,88	19,19	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3145	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,60	17,93	19,01	24,75	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,48
3146	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,95	21,55	22,84	29,72	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,29
3147	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
3148	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
3149	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
3150	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,12	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,16
3151	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,20	14,26	15,11	19,42	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3152	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,10	21,71	23,01	28,75	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,48
3153	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	27,20	29,38	31,14	38,02	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,59
3154	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
3155	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
3156	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
3157	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
3158	Rivaroxabanum	Axalta, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05901720141125	2026-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,66	12,59	13,35	19,11	19,11	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%	5,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3159	Rivaroxabanum	Axalta, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05901720141576	2026-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	23,33	25,20	26,71	35,33	35,33	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%	10,60
3160	Rivaroxabanum	Axalta, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05901720141156	2026-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	15,55	16,79	17,80	24,70	24,70	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%	7,41
3161	Rivaroxabanum	Axalta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05901720141583	2026-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	31,11	33,60	35,62	45,66	45,66	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%	13,70
3162	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05909991521752	2026-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	83,25	89,91	95,31	110,91	110,91	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	33,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3163	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991521738	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	27,15	20,86	<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%	12,55
3164	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991521745	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	51,41	41,72	<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%	22,21
3165	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05909991521783	2026-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	111,00	119,88	127,07	144,63	144,63	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%	43,39

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3166	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991521790	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	35,43	27,81	<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%	15,96
3167	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991521776	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	67,10	55,63	<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%	28,16
3168	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powł., 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	32,54	27,81	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	7,93

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3169	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powł., 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	23,62	20,86	<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%	9,02
3170	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powł., 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	44,34	41,72	<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%	15,14
3171	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powł., 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	13,85	6,95	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunamy 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 przeciwplatektywnej, terapii przeciwplatektywnej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	8,99

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3172	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powł., 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	27,10	13,91	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatektywnej, terapii przeciwplatektywnej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	17,36
3173	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powł., 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	30,71	27,81	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	11,24
3174	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powł., 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	57,67	55,63	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3175	Rivaroxabanum	Dovequa, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05397313001219	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	15,60	16,85	17,86	23,62	20,86	<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%	9,02
3176	Rivaroxabanum	Dovequa, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05397313001226	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	31,20	33,70	35,72	44,34	41,72	<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%	15,14
3177	Rivaroxabanum	Dovequa, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05397313001257	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,80	22,46	23,81	30,71	27,81	<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%	11,24

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3178	Rivaroxabanum	Dovequa, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05397313001264	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	41,60	44,93	47,63	57,67	55,63	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,73
3179	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05907594033344	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	16,94	9,93	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej allopastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej allopastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej allopastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	9,19
3180	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05907594033429	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	132,00	142,56	151,11	166,71	149,00	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	56,17

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3181	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05907594033399	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,48	19,96	21,16	26,92	20,86	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	11,09
3182	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05907594033405	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,96	39,92	42,31	50,93	41,72	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	19,56
3183	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05907594033412	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	55,44	59,88	63,47	74,09	62,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	27,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3184	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05907594033474	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	176,00	190,08	201,48	219,04	198,67	<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%	71,97
3185	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05907594033443	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,64	26,61	28,21	35,11	27,81	<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%	14,08
3186	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907594033450	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,28	53,22	56,42	66,46	55,63	<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%	24,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3187	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991440398	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	27,15	20,86	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%	11,30
3188	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	37,24	20,86	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%	22,64
3189	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991440404	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	51,41	41,72	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	19,99
3190	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991440350	2025-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,50	29,70	31,48	33,94	6,95	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udaru krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową $< 30\%$ lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR < 15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekcyjnej, terapii przeciwplatekcyjnej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	26,17
3191	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991440435	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	35,43	27,81	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%	14,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3192	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	48,57	27,81	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%	29,10
3193	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991440442	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	67,10	55,63	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	25,34
3194	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991502454	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	14,50	15,66	16,60	22,36	20,86	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	7,76
3195	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991502423	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	30,00	32,40	34,34	42,96	41,72	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	13,76

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

3196	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powł., 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	13,85	6,95	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej, terapii przeciwplatekowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	8,99
3197	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991502508	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	19,50	21,06	22,32	29,22	27,81	<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%	9,75

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3198	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991502485	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	40,00	43,20	45,79	55,83	55,63	<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%	16,89
3199	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Olpha, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	04750258007387	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	29,95	32,35	34,29	42,91	41,72	<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%	13,71
3200	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Olpha, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	04750258007394	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	44,50	48,06	50,94	61,56	61,56	<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%	18,47

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3201	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Olpha, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	04750258007417	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	40,00	43,20	45,79	55,83	55,63	<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%	16,89
3202	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Orion, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991560591	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	15,00	16,20	17,17	22,93	20,86	<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%	8,33
3203	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Orion, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	06432100101716	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	30,00	32,40	34,34	42,96	41,72	<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%	13,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3204	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Orion, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991560607	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,00	21,60	22,90	29,80	27,81	<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%	10,33
3205	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Orion, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	06432100101723	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	40,00	43,20	45,79	55,83	55,63	<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%	16,89
3206	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	13,50	9,93	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	6,09
3207	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	13,50	9,93	<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%	5,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3208	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05900411013482	2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	27,15	20,86	<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%	11,30
3209	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991503581	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	51,41	41,72	<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%	19,99
3210	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991503604	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	56,07	60,56	64,18	74,80	62,58	<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%	27,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3211	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 2,5 mg	56 szt.	05909991503512	2026-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,00	21,60	22,90	27,22	13,91	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatektywnej, terapii przeciwplatektywnej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	15,73
3212	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991503635	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	35,43	27,81	<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%	14,36
3213	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991503642	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	67,10	55,63	<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%	25,34

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3214	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991355258	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	16,94	9,93	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	10,21
3215	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05909991355449	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	158,57	171,26	181,53	197,13	149,00	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	92,83
3216	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991355470	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	22,20	23,98	25,41	31,17	20,86	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,57

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3217	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991355395	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	44,40	47,95	50,82	59,44	41,72	<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%	30,24
3218	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05909991355562	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	211,43	228,34	242,05	259,61	198,67	<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%	120,54
3219	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991355593	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	29,60	31,97	33,89	40,79	27,81	<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%	21,32

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3220	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991355517	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	59,20	63,94	67,77	77,81	55,63	<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%	38,87
3221	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991458430	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	26,10	28,19	29,88	37,02	29,80	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej allopłastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej allopłastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej allopłastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	10,42
3222	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991458447	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	25,00	27,00	28,62	37,61	37,61	<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%	11,28

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3223	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991458461	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,56	36,24	38,42	48,79	48,79	<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 niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	14,64
3224	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991492090	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,00	8,64	9,18	12,50	9,93	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	5,77
3225	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991492090	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,00	8,64	9,18	12,50	9,93	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%	5,55
3226	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991492311	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	15,60	16,85	17,86	23,62	20,86	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	9,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3227	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991492328	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	31,20	33,70	35,72	44,34	41,72	<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%	15,14
3228	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991492342	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	46,80	50,54	53,58	64,20	62,58	<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%	20,39
3229	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991491963	2025-10-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	10,00	10,80	11,45	13,91	6,95	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatektywnej, terapii przeciwplatektywnej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	9,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3230	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991492465	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,80	22,46	23,81	30,71	27,81	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	11,24
3231	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991492472	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	41,60	44,93	47,63	57,67	55,63	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,73
3232	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 10 mg	15 szt.	05909991435509	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	17,25	18,63	19,75	24,28	14,90	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	12,58

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3233	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991435578	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,00	38,88	41,21	49,83	41,72	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,63
3234	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	98 szt.	05909991435615	2026-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	126,00	136,08	144,24	159,72	146,02	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	57,51
3235	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991435653	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,00	51,84	54,95	64,99	55,63	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	26,05
3236	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	98 szt.	05909991435684	2026-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	168,00	181,44	192,33	209,80	194,69	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	73,52

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

3237	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	74,50	80,46	85,29	88,61	9,93	Żylnie powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	81,88
3238	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2024-10-01/<2>2026-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	42,34	45,73	48,47	54,23	20,86	<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%	39,63
3239	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2024-10-01/<2>2026-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	127,01	137,17	145,40	156,02	62,58	<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%	112,21
3240	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2024-10-01/<2>2026-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	42,34	45,73	48,47	55,37	27,81	<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%	35,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3241	Rivaroxabanum	Xerdoxo, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	03838989723552	2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	23,33	25,20	26,71	35,33	35,33	<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%	10,60
3242	Rivaroxabanum	Xerdoxo, tabl. powł., 2,5 mg	56 szt.	03838989758035	2026-10-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	19,90	21,49	22,78	27,10	13,91	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunamy w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej, terapii przeciwplatekowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	17,36
3243	Rivaroxabanum	Xerdoxo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	03838989723583	2026-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	31,11	33,60	35,62	45,66	45,66	<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%	13,70

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 pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3244	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05995327192956	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	35,43	27,81	Żylne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	10,82
3245	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05995327192994	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	51,41	41,72	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	22,21
3246	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05995327193007	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	56,07	60,56	64,18	74,80	62,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	30,99

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3247	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 2,5 mg	56 szt.	05995327192918	2025-10-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	40,00	43,20	45,79	50,11	13,91	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej, terapii przeciwplatekowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	40,37
3248	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05995327193038	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	67,10	55,63	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	28,16
3249	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	18,20	9,93	Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	10,32
3250	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	37,02	20,86	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%	20,18

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3251	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	53,33	41,72	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	21,72
3252	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	26,07	6,95	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udaru krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową $< 30\%$ lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR < 15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekcyjnej, terapii przeciwplatekcyjnej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	19,09
3253	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	48,57	27,81	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%	26,19
3254	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	69,66	55,63	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	27,65
3255	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	133,28	111,25	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	49,87

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3256	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
3257	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
3258	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
3259	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
3260	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
3261	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
3262	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
3263	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
3264	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3265	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
3266	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
3267	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
3268	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
3269	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
3270	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
3271	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
3272	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
3273	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3274	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	56,90	61,45	65,13	71,93	28,25	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,16
3275	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	57,40	61,99	65,71	72,51	28,25	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,74
3276	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	38,27	41,33	43,82	48,99	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,80
3277	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	38,42	41,49	43,99	49,16	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,97
3278	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	75,90	81,97	86,89	94,80	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,43
3279	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	76,53	82,65	87,61	95,52	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,15
3280	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	9,57	10,34	10,95	12,70	4,71	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	9,40
3281	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,13	20,66	21,90	24,95	9,42	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,36
3282	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	18,80	20,30	21,52	24,57	9,42	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3283	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
3284	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
3285	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
3286	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
3287	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
3288	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
3289	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
3290	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
3291	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3292	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
3293	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
3294	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
3295	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
3296	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
3297	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
3298	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
3299	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
3300	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
3301	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3302	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
3303	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
3304	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
3305	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
3306	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
3307	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
3308	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
3309	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
3310	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
3311	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
3312	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
3313	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
3314	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,10	5,51	6,05	8,14	5,50	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,29

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3315	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,17	10,98	11,64	15,36	10,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,67
3316	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,80	22,46	23,81	29,93	21,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,54
3317	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,00	56,16	59,53	69,65	54,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,19
3318	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
3319	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
3320	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
3321	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
3322	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
3323	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2026-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,85	41,96	44,47	54,91	54,91	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,47
3324	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
3325	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
3326	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
3327	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2026-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	77,70	83,92	88,95	103,39	103,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3328	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
3329	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. 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
3330	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. 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
3331	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
3332	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
3333	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
3334	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
3335	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
3336	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
3337	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
3338	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
3339	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
3340	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3341	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,90	6,37	6,91	9,50	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,98
3342	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,60	6,05	6,59	9,33	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,41
3343	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,68	24,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,40
3344	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,10	17,39	18,44	24,80	24,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,44
3345	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,80	12,74	13,51	18,02	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,97
3346	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,50	11,34	12,02	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
3347	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,20	34,78	36,86	46,20	46,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,86
3348	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,47
3349	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,95	3,19	3,73	5,25	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,49
3350	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,05	8,69	9,23	13,12	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,24
3351	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,67	6,12	6,66	9,40	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,13
3352	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	9,17	9,72	13,61	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,26
3353	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	12,42	13,17	17,89	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3354	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,99	18,35	19,45	25,81	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,24
3355	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,70	24,52	25,98	33,36	33,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,01
3356	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	3,07	3,61	5,21	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,03
3357	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,36	5,79	6,33	8,92	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,06
3358	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
3359	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
3360	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3361	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3362	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,72	46,14	48,90	59,24	59,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,99
3363	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	2,86	3,40	4,92	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,94
3364	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,90	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
3365	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,98	5,38	5,92	8,51	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
3366	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,96	10,76	11,40	15,91	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,86

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3367	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,92	21,51	22,81	29,93	29,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,98
3368	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,49	2,69	3,23	4,75	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,99
3369	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,85	6,32	6,86	9,45	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,93
3370	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,18	18,55	19,67	26,03	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,27
3371	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,77	9,47	10,04	13,70	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,41
3372	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,35	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,77
3373	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,77	27,83	29,51	37,38	37,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,21
3374	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,70	12,64	13,39	17,90	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,85
3375	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,35	37,10	39,32	48,66	48,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,60
3376	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,56	18,96	20,10	26,13	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,55
3377	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,00	34,56	36,63	45,58	45,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,67
3378	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	51,54	55,66	59,00	70,34	70,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,10
3379	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,41	25,28	26,79	33,91	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3380	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	68,71	74,21	78,66	91,97	91,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,59
3381	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,92	3,15	3,69	5,21	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,45
3382	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	9,28	9,84	13,73	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,85
3383	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,90	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,38
3384	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,38	16,61	17,60	23,63	23,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,09
3385	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,69
3386	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,77	33,23	35,23	44,18	44,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,25
3387	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,15	22,84	24,21	31,33	31,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,40
3388	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	61,55	66,47	70,46	83,25	83,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,98
3389	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,64	2,85	3,39	4,91	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,15
3390	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3391	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,65	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,04
3392	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,95	8,59	9,13	12,79	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3393	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,22	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
3394	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,13	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37
3395	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3396	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,22	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
3397	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,79	34,33	36,40	45,35	45,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,25
3398	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3399	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,00	45,36	48,08	58,42	58,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,78
3400	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,90	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,93
3401	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3402	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785	2025-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,55	5,99	6,53	9,12	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,60
3403	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,85	17,12	18,14	24,17	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,59
3404	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,38	27,41	29,05	36,92	36,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,08
3405	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839	2025-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,20	12,10	12,82	17,33	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,28

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3406	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,24	45,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,57
3407	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	50,76	54,82	58,11	69,45	69,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,84
3408	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990777853	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,35
3409	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,28	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,27
3410	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,45	54,49	57,76	65,84	42,90	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3411	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 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	23,88	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,87
3412	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,45	54,49	57,76	65,84	42,90	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3413	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,28	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,27
3414	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,45	54,49	57,76	65,84	42,90	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3415	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 30+10 mg	30 szt.	03838989787516	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,25	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,24
3416	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 30+10 mg	90 szt.	03838989787554	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,40	54,43	57,69	65,77	42,90	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,74
3417	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,83	18,18	19,27	23,29	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,28
3418	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,89	42,90	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,86
3419	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 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	23,88	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,87
3420	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,45	54,49	57,76	65,84	42,90	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3421	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	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3422	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	48,34	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,69
3423	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	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,18
3424	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	42,15	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	21,12
3425	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	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,96
3426	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	48,34	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,69
3427	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	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,18
3428	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	42,15	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	21,12
3429	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	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,18
3430	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	42,15	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	21,12
3431	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	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,96
3432	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	48,34	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,69
3433	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 10+10 mg	28 szt.	05903060631342	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	12,42
3434	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 10+10 mg	56 szt.	05903060631359	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,15	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	23,47
3435	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 20+10 mg	28 szt.	05903060631366	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	12,42
3436	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 20+10 mg	56 szt.	05903060631373	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,15	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	23,47
3437	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 40+10 mg	28 szt.	05903060631380	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	12,42
3438	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 40+10 mg	56 szt.	05903060631397	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,15	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	23,47

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3439	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 5+10 mg	28 szt.	05903060631328	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,35	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	12,42
3440	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 5+10 mg	56 szt.	05903060631335	2026-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,15	26,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	23,47
3441	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 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	23,25	14,30	<1>Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; <2>Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,24
3442	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 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	23,25	14,30	<1>Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; <2>Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,24
3443	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 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	23,25	14,30	<1>Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; <2>Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,24
3444	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,55	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,54
3445	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,58	28,60	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,56
3446	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,55	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,54
3447	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,58	28,60	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,56
3448	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	2024-01-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,25	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,24
3449	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,55	14,30	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,54
3450	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,58	28,60	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,56
3451	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,43	26,38	27,97	32,14	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,17
3452	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	2025-10-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	37,55	37,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3453	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2024-04-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,10	8,75	9,29	12,99	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3454	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	20,50	22,14	23,47	27,17	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,38
3455	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	34,43	37,18	39,42	45,52	25,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,87
3456	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	6,50	7,02	7,56	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
3457	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	58,19	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,72
3458	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	116,38	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,02
3459	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	58,19	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,47
3460	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	87,29	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,50
3461	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	58,19	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,34
3462	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	58,19	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,29
3463	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2025-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	12,44	13,44	14,25	19,26	19,26	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,33

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom opłacalności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3464	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	2026-10-01	1 rok 3 miesiące	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,17	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,25
3465	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	2026-10-01	1 rok 3 miesiące	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,17	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,25
3466	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	2026-10-01	1 rok 3 miesiące	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,17	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,25
3467	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 12 mg	28 szt.	05909991089313	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3468	Sertindolum	Serdolact, tabl. powł., 16 mg	28 szt.	05909991089412	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178,8, Leki przeciwpyschotyczne - sertindol	293,50	316,98	336,00	358,28	358,28	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
3469	Sertindolum	Serdolact, tabl. powł., 4 mg	30 szt.	05909991089214	2026-07-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178,8, Leki przeciwpyschotyczne - sertindol	74,48	80,44	85,27	99,22	97,09	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	5,33
3470	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991551636	2025-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	15,70	16,96	17,97	24,73	24,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,42
3471	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991551551	2025-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,85	8,48	9,02	13,23	13,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,97
3472	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739	2026-01-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,36	14,43	15,29	22,05	22,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,62
3473	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654	2026-01-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,68	7,21	7,75	11,96	11,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,59
3474	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2025-01-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	18,00	19,44	20,61	27,15	27,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,15
3475	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2025-01-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,00	9,72	10,30	14,32	14,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,37
3476	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685	2024-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	19,90	21,49	22,78	29,54	29,54	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,97
3477	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2024-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,62	10,39	11,02	15,23	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,11
3478	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990804375	2025-04-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	47,00	50,76	53,81	66,61	66,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	19,98
3479	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2025-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,77	25,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3480	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990804351	2025-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	23,50	25,38	26,90	35,86	35,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,76
3481	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,38	9,05	9,59	13,80	13,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,14
3482	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,68	13,69	14,52	21,06	21,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,32
3483	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,58	14,67	15,54	22,30	22,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,69
3484	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	38,04	41,08	43,55	55,17	55,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,55
3485	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,34	6,85	7,39	11,41	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,42
3486	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,79	7,33	7,87	12,08	12,08	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,62
3487	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	19,02	20,54	21,77	29,85	29,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,96
3488	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,10	15,23	16,15	22,69	22,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,81
3489	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,05	7,61	8,15	12,17	12,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,65
3490	Sertralinum	Sertraline Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566457136	2026-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,20	15,34	16,25	23,01	23,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,90
3491	Sertralinum	Sertraline Medreg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	08595566457051	2026-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,20	7,78	8,32	12,53	12,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,76
3492	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,90	18,25	19,34	26,10	26,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,83

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3493	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 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
3494	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 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
3495	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 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
3496	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 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
3497	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 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
3498	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 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
3499	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 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
3500	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
3501	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
3502	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
3503	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3504	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
3505	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
3506	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,69	2,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,15
3507	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,00	10,80	11,45	13,43	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,53
3508	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,50	17,82	18,89	22,40	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,05
3509	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	8,36	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3510	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990649655	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,00	11,88	12,59	15,89	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,53
3511	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,11	4,44	4,98	6,14	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,30
3512	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,70	8,32	8,86	10,74	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,06
3513	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,40	16,63	17,63	20,93	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,57
3514	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,66	5,03	5,57	7,45	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3515	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,32	10,07	10,67	13,97	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,61
3516	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,10	5,51	6,05	7,26	2,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,29
3517	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,20	11,02	11,67	13,65	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,70
3518	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	19,76	20,95	24,46	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,56
3519	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	3,08	3,62	4,78	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,94

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3520	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,07	4,40	4,94	6,82	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3521	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,35	4,70	5,24	7,22	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3522	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,37	7,96	8,50	11,80	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3523	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,64	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,22
3524	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,92	11,79	12,51	14,39	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3525	Simvastatinum	Simvasteryl, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	23,35	26,65	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,36
3526	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,60	4,97	5,51	6,67	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,83
3527	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,60	10,37	10,99	12,87	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,19
3528	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,90	17,17	18,20	21,50	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,14
3529	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,44	4,80	5,34	6,50	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,66

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3530	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,36	10,11	10,71	12,59	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3531	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,20	11,02	11,67	13,65	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3532	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,40	18,79	19,92	23,43	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3533	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,00	5,40	5,94	7,10	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3534	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	13,32	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3535	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,50	21,06	22,32	25,62	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,26
3536	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><5>3 lata/<3>2 lata/<4>2 lata 3 miesiące/<6>1 rok 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; limfangioliomiomatoza; nowotwór z epiteloidalnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiatych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	10,91
3537	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>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><5>3 lata/<3>2 lata/<4>2 lata 3 miesiące/<6>1 rok 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; limfangioliomiomatoza; nowotwór z epiteloidalnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiatych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3538	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05901812162564	2026-07-01	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
3539	Sitagliptinum	Jazeta Novum, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	08594739274563	2025-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,39	29,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,82
3540	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 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
3541	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 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
3542	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	03838989721473	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	26,13	28,22	29,92	36,81	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,96
3543	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3544	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 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
3545	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907626709803	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,38	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
3546	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 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
3547	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 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
3548	Sitagliptinum	Sitagliptin Bioton, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05903792662263	2026-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,60	21,17	22,44	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,80
3549	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 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
3550	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991470883	2025-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	17,90	19,33	20,49	27,38	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
3551	Sitagliptinum	Sitagliptin Stada, tabl. powł., 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
3552	Sitagliptinum	Sitagliptin TZF, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05904016030707	2025-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,50	21,06	22,32	29,21	29,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,76
3553	Sitagliptinum	Symglicptin, tabl. powł., 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
3554	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Jamesi Novum, tabl. powł., 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
3555	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Jamesi Novum, tabl. powł., 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Sitagliptinum + Metformini hydrochloride	Sitagliptin/Metformin hydrochloride SUN, tabl. powł., 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
3557	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combidiab, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	2026-07-01	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
3558	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
3559	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
3560	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
3561	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,38	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
3562	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	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
3563	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	2025-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3564	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,45	24,25	25,70	32,83	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		30%	10,49
3565	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,45	24,25	25,70	32,83	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		30%	10,49
3566	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	2025-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,40	32,83	34,80	41,69	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
3567	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	2025-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,40	32,83	34,80	41,69	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
3568	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,80	30,02	31,83	38,72	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,87
3569	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,80	30,02	31,83	38,72	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,87
3570	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,69	36,39	38,57	45,70	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
3571	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197	2026-10-01	3 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,35	32,78	34,74	41,87	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%	19,53
3572	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3573	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
3574	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 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
3575	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 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
3576	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 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
3577	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 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
3578	Sodium zirconium cyclosilicate	Lokelma, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 5 g	30 sasz.	05000456088428	2025-07-01	2 lata	270.0, Leki stosowane w leczeniu hiperkaliemii i hiperfosfatemii	806,00	870,48	922,71	959,01	959,01	Leczenie hiperkaliemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20
3579	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 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
3580	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 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
3581	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,19	29,37	31,13	38,79	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,41
3582	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,59	14,68	15,56	20,52	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,22
3583	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 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
3584	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 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
3586	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 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
3587	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 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
3588	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,90	10,69	11,33	16,29	16,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,89
3589	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 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
3590	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991314545	2025-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,80	12,74	13,51	18,47	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,97
3591	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2026-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,90	26,89	28,50	36,16	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	11,16
3592	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2026-10-01	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
3593	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2026-10-01	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
3594	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 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
3595	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 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
3596	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	32,05	39,71	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,71
3597	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	16,03	20,99	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,49

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3598	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,00	28,08	29,76	37,42	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,42
3599	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,30	14,36	15,23	20,19	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,69
3600	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,00	28,08	29,76	37,42	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,42
3601	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05906720537404	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	73,20	79,06	83,80	97,46	97,46	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	29,24
3602	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,00	14,04	14,88	19,84	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,34
3603	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05906720537398	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	36,60	39,53	41,90	51,56	51,56	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	15,47
3604	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	77,00	83,16	88,15	102,28	102,28	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,68
3605	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,40	28,51	30,22	37,88	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,88
3606	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	38,50	41,58	44,07	54,20	54,20	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,26
3607	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,20	14,26	15,11	20,07	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,57
3608	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095	2026-10-01	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 napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym wzrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,09

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3609	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 napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	8,18
3610	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	2026-07-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	27,76	29,98	31,78	38,73	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	15,77
3611	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 napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,20
3612	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926	2026-07-01	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 napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,21
3613	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
3614	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
3615	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	27,42	33,21	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,19
3616	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	35,90	30,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,87

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3617	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
3618	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
3619	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
3620	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
3621	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
3622	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
3623	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
3624	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,50	8,10	8,64	12,11	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,27
3625	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,00	16,20	17,17	22,94	22,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,19

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3626	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,20	9,94	10,53	14,86	14,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,01
3627	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	08595566454760	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	12,00	12,96	13,74	18,79	18,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,64
3628	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	20 szt.	08595566454715	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	2,40	2,59	3,13	4,59	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	1,76
3629	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 obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3630	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3631	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909991484187	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	735,00	793,80	841,43	876,11	876,11	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	262,83
3632	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	306,96	292,04	Leczenie modyfikujące nieżyty nosa i zapalenia spojówek, wywołanego przez pyłki traw, dzieci od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia, z klinicznymi objawami i rozpoznaniem dodatnim wynikiem skórnych testów punktowych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny IgE na pyłki traw		30%	102,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3633	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
3634	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3635	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
3636	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sas.	05909990017331	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	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
3637	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
3638	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię płynne	15,50	16,74	17,74	21,50	13,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	14,89
3639	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	14,37	15,52	16,45	22,01	22,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,01
3640	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	13,40	14,47	15,34	20,90	20,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,45
3641	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	13,40	14,47	15,34	20,90	20,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,45
3642	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	13,40	14,47	15,34	20,90	20,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,45
3643	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	13,40	14,47	15,34	20,90	20,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3644	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	20,96	20,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,48
3645	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - 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	14,37	15,52	16,45	22,01	22,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,01
3646	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	13,22	13,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	5,95
3647	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	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	7,37
3648	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	28,11	22,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,40
3649	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	28,11	22,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,40
3650	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
3651	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
3652	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
3653	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,60	47,09	49,92	60,39	56,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3654	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
3655	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
3656	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,25	28,11	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,34
3657	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,25	28,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,57
3658	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2>2025-07-01 - 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	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
3659	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2>2025-07-01 - 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	5,76	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
3660	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-07-01/<2>2025-07-01 - 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	3,10	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
3661	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
3662	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3663	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 - kłozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	5,66	1,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,37
3664	Szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana	Influvac, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka (0,5 ml)	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05901797711283	2026-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	38,00	41,04	43,50	53,30	53,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,65
3665	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, wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, wrodzoną lub nabytą asplenią, niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu łitego		50%	130,04
3666	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 łitego, reumatoidalnym zapaleniem stawów, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, nieswoistym zapaleniem jelit, zeszytyniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, toczniem układowym.		50%	375,58
3667	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3668	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
3669	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
3670	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 opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,35
3671	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>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,15
3672	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 opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	5,18

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3673	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 sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3674	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. 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 sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3675	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>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 sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3676	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>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 sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3677	Tacrolimusum	Dailipor, 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 sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3678	Tacrolimusum	Dailipor, 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 sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3679	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 miesięcy/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	93,50	100,98	107,04	121,84	121,84	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3680	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 miesięcy/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	127,13	137,30	145,54	162,13	162,13	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3681	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 miesięcy/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	402,00	434,16	460,21	485,03	485,03	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3682	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 miesięcy/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	529,00	571,32	605,60	634,35	634,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,66
3683	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 miesięcy/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	58,01	56,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,35
3684	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 miesięcy/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,67	113,72	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3685	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 sterydopodobny/zespół nerczycowy sterydopodobny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3686	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
3687	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
3688	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990331017	2025-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	13,20	14,26	15,11	20,34	20,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3689	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
3690	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
3691	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
3692	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	66,65	71,98	76,30	87,47	77,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3693	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
3694	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
3695	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
3696	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
3697	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
3698	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
3699	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
3700	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
3701	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3702	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
3703	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
3704	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
3705	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
3706	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
3707	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
3708	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
3709	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
3710	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,98	10,78	11,43	16,45	16,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3711	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
3712	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992	2026-10-01	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
3713	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036	2026-10-01	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
3714	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
3715	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
3716	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
3717	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
3718	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
3719	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3720	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
3721	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
3722	Tamsulosinum	Omnice 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,54	17,86	18,93	23,95	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,84
3723	Tamsulosinum	Omnice Ocas 0,4, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,82	18,17	19,26	24,28	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,17
3724	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
3725	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
3726	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
3727	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	60 szt.	05909990998036	2026-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	29,92	32,31	34,26	42,88	42,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3728	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
3729	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
3730	Tapentadolum	Tadomone, 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
3731	Tapentadolum	Tadomone, 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
3732	Tapentadolum	Tadomone, 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3733	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
3734	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
3735	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
3736	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
3737	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
3738	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
3739	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
3740	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
3741	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
3742	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
3743	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
3744	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3745	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
3746	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
3747	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
3748	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
3749	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,05	9,77	10,36	13,62	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,10
3750	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
3751	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,40	16,63	17,63	23,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,04
3752	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,10	19,55	20,73	26,19	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,14
3753	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
3754	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
3755	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3756	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
3757	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
3758	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
3759	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
3760	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
3761	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
3762	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
3763	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
3764	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
3765	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
3766	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3767	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
3768	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
3769	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
3770	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
3771	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
3772	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
3773	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
3774	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
3775	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
3776	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
3777	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3778	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
3779	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
3780	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
3781	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
3782	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
3783	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
3784	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
3785	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
3786	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
3787	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
3788	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3789	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
3790	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
3791	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
3792	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
3793	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
3794	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
3795	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - 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
3796	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
3797	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
3798	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,65	16,90	17,92	23,38	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,33
3799	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,47	25,35	26,87	33,93	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3800	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
3801	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	44,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,99
3802	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	64,01	64,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,20
3803	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
3804	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	44,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,99
3805	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	64,01	64,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,20
3806	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
3807	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
3808	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
3809	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
3810	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3811	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
3812	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
3813	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
3814	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
3815	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
3816	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
3817	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
3818	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
3819	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
3820	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
3821	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3822	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
3823	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
3824	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
3825	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
3826	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
3827	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
3828	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
3829	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
3830	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
3831	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
3832	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3833	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
3834	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
3835	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
3836	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
3837	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
3838	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
3839	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
3840	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
3841	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
3842	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
3843	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3844	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
3845	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
3846	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
3847	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - 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
3848	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
3849	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - 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
3850	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
3851	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - 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
3852	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
3853	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2025-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,34	7,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3854	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,34	7,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,94
3855	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,74	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,63
3856	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,74	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,22
3857	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
3858	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
3859	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
3860	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
3861	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
3862	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
3863	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
3864	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3865	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
3866	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
3867	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
3868	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
3869	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
3870	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
3871	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
3872	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
3873	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,81	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	10,85
3874	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3875	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,81	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	10,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3876	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3877	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3878	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,20	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	41,59
3879	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3880	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,20	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	41,59
3881	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
3882	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
3883	Testosteroni enantas	Testosterone enantate EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/ml	5 amp. po 1 ml	05909991569198	2026-10-01	2 lata	275.0, Androgeny, pochodne 3-oksoandrostenu – do podania pozajelitowego	175,00	189,00	200,34	214,35	105,45	Leczenie testosteronową terapią zastępczą w hipogonadyzmie męskim u dorosłych pacjentów, gdy niedobór testosteronu jest potwierdzony przez objawy kliniczne i badania biochemiczne		30%	140,54
3884	Testosteroni propionas + Testosteroni phenylpropionas + Testosteroni isocaproas + Testosteroni decanoas	Omnadren 250, roztwór do wstrzykiwań, (30 mg + 60 mg + 60 mg + 100 mg) /ml	5 amp. po 1 ml	05909990319312	2026-10-01	2 lata	275.0, Androgeny, pochodne 3-oksoandrostenu – do podania pozajelitowego	78,00	84,24	89,29	103,20	103,20	<1>Leczenie testosteronową terapią zastępczą w hipogonadyzmie męskim u dorosłych pacjentów, gdy niedobór testosteronu jest potwierdzony przez objawy kliniczne i badania biochemiczne; <2>Leczenie opóźnionego dojrzewania u mężczyzn; Leczenie zespołów pokastracyjnych u mężczyzn; Leczenie impotencji spowodowanej niedoborem testosteronu u mężczyzn		30%	30,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3885	Testosteroni undecanoas	Testosterone Undecanoate Besins, roztwór do wstrzykiwań, 1000 mg/4 ml	1 fiol. po 4 ml	05909991575878	2026-10-01	2 lata	275.0, Androgeny, pochodne 3-oksoandrostenu – do podania pozajelitowego	190,00	205,20	217,51	229,36	73,99	Leczenie testosteronową terapią zastępczą w hipogonadyzmie męskim u dorosłych pacjentów, gdy niedobór testosteronu jest potwierdzony przez objawy kliniczne i badania biochemiczne		30%	177,57
3886	Testosteroni undecanoas	Testosterone Undecanoate EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań, 1000 mg/4 ml	1 fiol. po 4 ml	05909991538187	2026-10-01	2 lata	275.0, Androgeny, pochodne 3-oksoandrostenu – do podania pozajelitowego	265,00	286,20	303,37	315,22	73,99	Leczenie testosteronową terapią zastępczą w hipogonadyzmie męskim u dorosłych pacjentów, gdy niedobór testosteronu jest potwierdzony przez objawy kliniczne i badania biochemiczne		30%	263,43
3887	Testosteronum	Androtop, żel przekskórny, 16,2 mg/g	1 poj. a 88 g	05909991290849	2026-10-01	2 lata	275.1, Androgeny, pochodne 3-oksoandrostenu – do podania miejscowego	141,00	152,28	161,42	177,78	154,39	Leczenie testosteronową terapią zastępczą w hipogonadyzmie męskim u dorosłych pacjentów, gdy niedobór testosteronu jest potwierdzony przez objawy kliniczne i badania biochemiczne		30%	69,71
3888	Testosteronum	Seltigex, żel przekskórny, 16,2 mg/g	1 poj. a 90 g	05908445453137	2026-10-01	2 lata	275.1, Androgeny, pochodne 3-oksoandrostenu – do podania miejscowego	123,50	133,38	141,38	157,90	157,90	Leczenie testosteronową terapią zastępczą w hipogonadyzmie męskim u dorosłych pacjentów, gdy niedobór testosteronu jest potwierdzony przez objawy kliniczne i badania biochemiczne		30%	47,37
3889	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
3890	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postaci 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
3891	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postaci 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
3892	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2025-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postaci do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,78	25,78	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3893	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2025-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postaci do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,78	25,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3894	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	150,00	162,00	171,72	189,49	189,49	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	3,20
3895	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	228,00	246,24	261,01	281,14	281,14	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	3,20
3896	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	72,00	77,76	82,43	96,17	94,74	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	4,63
3897	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	14,15	10,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,09
3898	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2024-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,44	16,68	17,68	20,95	10,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,50
3899	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt.	05909990875245	2026-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,93	16,12	17,10	20,37	10,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,31
3900	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12.5 mg	90 szt.	05909991201821	2024-10-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,47	40,47	42,90	49,98	30,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,80
3901	Ticagrelorum	Legrex, tabl. powł., 60 mg	56 szt.	05900411012164	2026-01-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	35,43	38,26	40,56	46,76	24,13	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%	29,87
3902	Ticagrelorum	Legrex, tabl. powł., 90 mg	56 szt.	05900411012171	2026-01-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	35,43	38,26	40,56	48,28	36,20	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	22,94
3903	Ticagrelorum	Orebriton, tabl. powł., 60 mg	56 szt.	05909991482541	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	31,50	34,02	36,06	42,26	24,13	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%	25,37
3904	Ticagrelorum	Orebriton, tabl. powł., 90 mg	56 szt.	05909991482626	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	31,50	34,02	36,06	43,78	36,20	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	18,44
3905	Ticagrelorum	Ticatrom, tabl. powł., 60 mg	56 szt.	05909991502584	2026-04-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	34,42	37,17	39,41	45,61	24,13	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%	24,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3906	Ticagrelorum	Ticatom, tabl. powł., 90 mg	56 szt.	05909991502560	2026-04-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	34,42	37,17	39,41	47,13	36,20	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	18,52
3907	Ticagrelorum	Tigrix, tabl. powł., 60 mg	56 szt.	05909991527792	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	22,95	24,79	26,28	32,48	24,13	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%	15,59
3908	Ticagrelorum	Tigrix, tabl. powł., 90 mg	56 szt.	05909991527822	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	25,20	27,22	28,85	36,57	36,20	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	11,23
3909	Ticagrelorum	Tikozek, kaps. twarde, 60 mg	56 szt.	05909991573010	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	32,70	35,32	37,43	43,63	24,13	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%	24,07
3910	Ticagrelorum	Tikozek, kaps. twarde, 90 mg	56 szt.	05909991573034	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – kłopidogrel i tikagrelor	32,70	35,32	37,43	45,15	36,20	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	17,83
3911	Ticlopidini hydrochloridum	Aclofin, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909990667116	2025-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna	8,40	9,07	9,61	13,35	11,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,97
3912	Ticlopidini hydrochloridum	Aclofin, tabl. powł., 250 mg	60 szt.	05909990334971	2025-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna	24,65	26,62	28,22	35,90	35,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,77
3913	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
3914	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 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
3915	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 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
3916	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3917	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
3918	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
3919	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
3920	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
3921	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
3922	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
3923	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
3924	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
3925	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
3926	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
3927	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3928	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641	2025-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,20	11,02	11,67	14,41	8,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	8,58
3929	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
3930	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
3931	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
3932	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
3933	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
3934	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
3935	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	27,06	29,22	30,97	38,76	34,52	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,44
3936	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,13	58,46	61,97	73,20	69,04	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,36
3937	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,76	7,30	7,84	10,82	8,63	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,39
3938	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,53	14,61	15,49	20,55	17,26	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,49
3939	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	52,00	56,16	59,53	71,17	71,17	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3940	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,90	16,09	17,05	22,37	18,49	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,08
3941	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,00	30,24	32,05	40,15	36,99	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,36
3942	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990759019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	33,00	35,64	37,78	45,57	34,52	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	14,25
3943	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990759118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	50,50	54,54	57,81	69,04	69,04	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3944	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990758814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	18,00	19,44	20,61	23,59	8,63	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	18,16
3945	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990758913	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	23,00	24,84	26,33	31,39	17,26	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	17,33
3946	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671496	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	25,80	27,86	29,54	37,64	36,99	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,85
3947	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	51,60	55,73	59,08	70,72	70,72	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3948	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990671472	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,45	6,97	7,51	10,67	9,25	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,62
3949	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	12,90	13,93	14,76	20,08	18,49	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,79
3950	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
3951	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3952	Torasemidum	Astolid, 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
3953	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
3954	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
3955	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
3956	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
3957	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
3958	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
3959	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
3960	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
3961	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
3962	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
3963	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
3964	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
3965	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
3966	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
3967	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991485825	2026-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	9,40	10,15	10,76	15,12	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	4,56
3968	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
3969	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
3970	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
3971	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
3972	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
3973	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991485795	2026-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,40	18,79	19,92	26,86	26,86	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,06
3974	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3975	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
3976	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
3977	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
3978	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
3979	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991457525	2026-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	4,94	5,34	5,88	8,36	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	3,08
3980	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
3981	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
3982	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
3983	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
3984	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,99	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,72
3985	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,99	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
3986	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,60	78,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,22
3987	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,60	78,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3988	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,60	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,76
3989	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,60	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3990	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
3991	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
3992	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
3993	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
3994	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
3995	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
3996	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
3997	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
3998	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
3999	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
4000	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4001	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
4002	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
4003	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
4004	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
4005	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
4006	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
4007	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
4008	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
4009	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
4010	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
4011	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4012	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,70	6,16	6,70	9,63	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,39
4013	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,70	6,16	6,70	9,63	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,13
4014	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	5,08	5,62	7,84	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,08
4015	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	5,08	5,62	7,84	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
4016	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,17	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,31
4017	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,17	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,80
4018	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,52	64,28	68,14	80,40	80,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,12
4019	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,52	64,28	68,14	80,40	80,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4020	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,42	5,85	6,39	8,61	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
4021	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,42	5,85	6,39	8,61	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,29
4022	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,83	6,30	6,84	9,46	8,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4023	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
4024	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
4025	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
4026	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
4027	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
4028	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
4029	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
4030	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
4031	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
4032	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
4033	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4034	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
4035	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
4036	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
4037	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
4038	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
4039	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
4040	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
4041	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
4042	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
4043	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
4044	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4045	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
4046	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
4047	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
4048	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
4049	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
4050	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,69	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,73
4051	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,69	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
4052	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,77	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,83
4053	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,77	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,42
4054	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,67	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,75
4055	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,67	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4056	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,81
4057	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4058	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,36	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
4059	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,36	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,12
4060	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,63	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,10
4061	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,63	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,26
4062	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,74	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,02
4063	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,74	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,25
4064	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	11,37	15,66	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
4065	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	11,37	15,66	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,29
4066	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,86	21,45	22,73	29,59	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4067	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,86	21,45	22,73	29,59	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,02
4068	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,53
4069	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4070	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,33	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,35
4071	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,33	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21
4072	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,62	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,66
4073	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,62	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,39
4074	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,72	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,78
4075	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,72	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
4076	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,46	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,50
4077	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,46	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4078	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 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
4079	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 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
4080	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 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
4081	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 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
4082	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,91	4,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,33
4083	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,91	4,74	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,05
4084	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,11
4085	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,18
4086	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,31
4087	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,47
4088	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	23,06	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4089	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	23,06	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,54
4090	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,32	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
4091	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,32	7,12	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,20
4092	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,60	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,64
4093	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,60	14,23	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,37
4094	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,48	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,54
4095	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,48	21,35	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,13
4096	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2026-10-01	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%	7,65
4097	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2026-10-01	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	1,24
4098	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2026-10-01	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
4099	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2026-10-01	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4100	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,90
4101	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,63
4102	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Zaldiar, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991107376	2026-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,63	15,80	16,75	22,47	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
4103	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Zaldiar, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991107376	2026-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,63	15,80	16,75	22,47	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,12
4104	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,78	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,73
4105	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,78	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16
4106	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,65	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
4107	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,65	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,28
4108	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,58	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,69
4109	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,58	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,01
4110	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,65	42,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,52

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4111	Tramadolium + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,65	42,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4112	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
4113	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
4114	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
4115	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
4116	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
4117	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
4118	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4119	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
4120	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	24,08	10,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,02
4121	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	63,51	30,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	42,33
4122	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	18,74	7,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,44
4123	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2024-10-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	26,80	28,94	30,68	35,15	15,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	24,56
4124	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	54,82	58,11	65,19	30,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	44,01
4125	Trimetazidini dihydrochloridum	Metazydyna, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990861330	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	18,00	19,44	20,61	24,49	13,09	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	13,80
4126	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
4127	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
4128	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
4129	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4130	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
4131	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
4132	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
4133	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
4134	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2026-07-01 - 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
4135	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
4136	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
4137	Trójwartenna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Efluelda, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk.	05909991560225	2026-07-01	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4138	Trójwalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Vaxigrip, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk.	05909991561505	2026-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	38,00	41,04	43,50	53,30	53,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,65
4139	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
4140	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	2026-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	54,00	58,32	61,82	75,17	75,17	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
4141	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postaci do stosowania doustnego	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięsnych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyn, 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-Barra po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	3,20
4142	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4143	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,06
4144	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990751877	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
4145	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990751594	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
4146	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,93
4147	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,45	31,81	33,72	41,98	41,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,59
4148	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,23
4149	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,02	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,50
4150	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,48	15,64	16,58	22,04	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,99
4151	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990682065	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,64
4152	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990681877	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,35
4153	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990074969	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,47

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4154	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,26	43,48	46,09	54,70	46,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,45
4155	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 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
4156	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,50	40,50	42,93	51,19	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,09
4157	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990074945	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	13,79	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,27
4158	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,13	21,74	23,05	28,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,67
4159	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 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
4160	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	12,53	17,99	17,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,40
4161	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	6,45	9,71	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,91
4162	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
4163	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
4164	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,44	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4165	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,06
4166	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	27,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,04
4167	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	22,06	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,01
4168	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740864	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	27,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,04
4169	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,86	9,57	10,14	13,40	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,88
4170	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
4171	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,57	30,86	32,70	40,96	40,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,29
4172	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
4173	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,52	34,04	36,08	44,34	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,24
4174	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
4175	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,02	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,50
4177	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,76	17,02	18,05	23,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,46
4178	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,47
4179	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,37	38,20	40,49	48,75	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,65
4180	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	61,90	66,85	70,86	81,92	75,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,25
4181	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,47
4182	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,37	38,20	40,49	48,75	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,65
4183	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	61,90	66,85	70,86	81,92	75,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,25
4184	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,52	40,52	42,95	51,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,11
4185	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,52	40,52	42,95	51,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,11
4186	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,84	9,55	10,12	13,38	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,86

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4187	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,69	19,11	20,25	25,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,66
4188	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,00	33,48	35,49	43,15	37,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,81
4189	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990704132	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
4190	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990704262	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
4191	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 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
4192	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 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
4193	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 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
4194	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
4195	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
4196	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,52	31,88	33,79	42,32	42,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4197	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991453879	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,27	17,57	18,63	27,52	27,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,26
4198	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	23,01	31,90	31,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,57
4199	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	32,01	32,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,60
4200	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990047901	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,82	8,45	8,99	12,40	10,59	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,99
4201	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesięcy/<2>2 lata 3 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,76	15,94	16,90	22,58	21,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,75
4202	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	17,43	17,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,23
4203	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2>2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	17,55	17,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,27
4204	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>6 miesięcy/<2>1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,67	34,20	36,26	45,15	45,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,55

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4205	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,75	35,37	37,50	46,03	42,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,37
4206	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990660636	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,61	9,30	9,86	13,27	10,59	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,86
4207	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,75	18,09	19,18	24,86	21,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,03
4208	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,30	33,80	35,83	44,36	42,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,70
4209	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,00	18,36	19,46	25,14	21,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,31
4210	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	25,80	27,86	29,54	38,07	38,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,42
4211	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,90	13,93	14,76	20,44	20,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,13
4212	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,00	35,64	37,78	46,31	42,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4213	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,00	8,64	9,18	12,59	10,59	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,18
4214	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,00	17,28	18,32	24,00	21,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,17
4215	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,56	31,92	33,84	42,37	42,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,71
4216	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,39	7,98	8,52	11,93	10,59	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,52
4217	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2026-10-01 - dla kolumny 14, 2026-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,78	15,96	16,92	22,60	21,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,77
4218	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	32,57	32,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,77
4219	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	72,00	77,76	82,43	97,80	97,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	29,34
4220	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	36,61	36,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,98
4221	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,00	6,48	7,02	10,43	10,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,13

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4222	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,50	22,14	23,47	31,36	31,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,41
4223	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,00	12,96	13,74	19,42	19,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,83
4224	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	39,50	42,66	45,22	56,59	56,59	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,98
4225	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,05	38,93	41,27	49,80	42,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	20,14
4226	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,95	9,67	10,25	13,66	10,59	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,25
4227	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,03	19,47	20,64	26,32	21,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,49
4228	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,48	22,12	23,45	31,98	31,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,59
4229	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2>3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	5,85	6,32	6,86	10,27	10,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4230	Venlafaxinum	Symfazin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,88	12,83	13,60	19,28	19,28	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,78
4231	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,48	34,00	36,04	44,57	42,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,91
4232	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,87	8,50	9,04	12,45	10,59	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,04
4233	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,74	17,00	18,01	23,69	21,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,86
4234	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	23,10	31,63	31,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,49
4235	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	11,51	17,19	17,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,16
4236	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,52	34,04	36,08	44,61	42,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,95
4237	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,88	8,51	9,05	12,46	10,59	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4238	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-10-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,76	17,02	18,05	23,73	21,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,90
4239	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil	5,20	5,62	6,16	8,77	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
4240	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil	2,13	2,30	2,84	4,01	2,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,61
4241	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil	3,80	4,10	4,64	6,53	5,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
4242	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	236,04	236,04	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowego - monoterapia	ryczałt	3,20
4243	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	236,04	236,04	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4244	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	156,06	156,06	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowego - monoterapia	ryczałt	3,20
4245	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	156,06	156,06	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4246	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
4247	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
4248	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4249	Vildagliptinum	Glypviso, 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
4250	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
4251	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
4252	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
4253	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
4254	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,87	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,53
4255	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,87	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,53
4256	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Diptivil Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991573423	2026-10-01	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
4257	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Diptivil Duo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991573393	2026-10-01	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
4258	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	2025-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,45	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,11
4259	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	2025-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,45	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,11
4260	Voclosporinum	Lupkynis, kaps. miękkie, 7,9 mg	180 szt.	05038256999927	2026-10-01	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
4261	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	125,73	135,79	143,93	159,68	138,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	22,31
4262	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	165,00	178,20	188,89	207,13	207,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4263	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05702150155153	2026-07-01	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
4264	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05702150155788	2026-07-01	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
4265	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05702150155146	2026-07-01	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
4266	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
4267	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
4268	Wyciąg alergenów z pyłków traw	Oralair 100 IR & 300 IR, tabl. podjęzykowe, 100 IR; 300 IR	31 szt.	05909990779093	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	364,20	292,04	Leczenie dzieci (od 5 roku życia), młodzieży oraz dorosłych (do 65 roku życia), u których zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa z/lub bez zapalenia spojówek, na podstawie objawów klinicznych oraz dodatniego wyniku punktowego testu skórnoego lub obecności swoistych IgE w surowicy skierowanego przeciw pyłkowi jednej z traw z grupy homologicznej traw wiechlinowatych (Pooideae)		30%	159,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4269	Wyciąg alergenów z pyłków traw	Oralair 300 IR, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909990779109	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	364,20	292,04	Leczenie dzieci (od 5 roku życia), młodzieży oraz dorosłych (do 65 roku życia), u których zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa z/lub bez zapalenia spojówek, na podstawie objawów klinicznych oraz dodatniego wyniku punktowego testu skórnoego lub obecności swoistych IgE w surowicy skierowanego przeciw pyłkowi jednej z traw z grupy homologicznej traw wiechlinowatych (Pooideae)		30%	159,77
4270	Wyciąg alergenów z pyłków traw	Oralair 300 IR, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909990779130	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	735,00	793,80	841,43	876,11	876,11	Leczenie dzieci (od 5 roku życia), młodzieży oraz dorosłych (do 65 roku życia), u których zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa z/lub bez zapalenia spojówek, na podstawie objawów klinicznych oraz dodatniego wyniku punktowego testu skórnoego lub obecności swoistych IgE w surowicy skierowanego przeciw pyłkowi jednej z traw z grupy homologicznej traw wiechlinowatych (Pooideae)		30%	262,83
4271	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	364,20	292,04	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%	159,77
4272	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	352,75	292,04	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%	148,32
4273	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawieszina 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4274	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	2026-10-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	489,00	528,12	559,81	588,14	575,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	29,10
4275	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 przeciwpyschotyczne - 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
4276	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 przeciwpyschotyczne - zyprasydon	170,00	183,60	194,62	213,02	213,02	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	ryczałt	5,97
4277	Zofenoprilum calcicum	Zofenil 30, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991129439	2025-04-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,50	23,22	24,61	26,44	5,55	Nadciśnienie tętnicze		30%	22,56
4278	Zofenoprilum calcicum	Zofenil 7,5, tabl. powł., 7,5 mg	28 szt.	05909991129330	2025-04-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,20	14,26	15,11	15,91	1,39	Nadciśnienie tętnicze		30%	14,94
4279	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2026-07-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpyschotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	13,50	14,58	15,45	20,33	15,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,96
4280	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2026-07-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpyschotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	120,00	129,60	137,38	153,70	153,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4281	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2026-07-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpyschotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,00	27,00	28,62	34,65	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	12,32
4282	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2026-07-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpyschotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,00	43,20	45,79	55,82	55,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Dieta	Infatrini, płyn	3000 ml (24 x 125 ml)	8716900565021	2026-10-01	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	2026-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	83,98	88,18	93,47	107,59	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	3,42
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Blemil plus Elemental Junior, proszek	400 g	8426594132101	2025-10-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	65,00	68,25	72,35	85,04	85,04	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego, w alergii wielopokarmowej i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna		ryczałt	3,20
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2026-01-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	92,00	96,60	102,40	114,85	82,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	35,73
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2024-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	93,80	98,49	104,40	116,85	82,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	37,73
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2025-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	125,50	131,78	139,68	156,11	156,11	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w wieku od 0 do 12 miesiąca życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Syneo, proszek	400 g	5016533654677	2025-07-01	2 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	128,00	134,40	142,46	158,62	150,10	Postępowanie dietetyczne w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych u pacjentów do ukończenia 18 roku życia		ryczałt	11,72
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2025-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	44,50	46,73	49,53	56,45	28,35	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	36,61
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038826	2025-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	47,00	49,35	52,31	62,39	56,80	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	22,63
14	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038833	2025-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,80	38,64	40,96	51,04	51,04	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	15,31
15	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2025-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	86,00	90,30	95,72	109,96	109,96	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	3,20
16	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen Puramino Junior, proszek	400 g	8712045037201	2026-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	96,00	100,80	106,85	119,54	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	37,70
17	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2025-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	464,60	487,83	517,10	544,37	544,37	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
18	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656763	2025-04-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	899,00	943,95	1000,59	1038,45	1038,45	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
19	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656725	2025-04-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	899,00	943,95	1000,59	1038,45	1038,45	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
20	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656749	2025-04-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	899,00	943,95	1000,59	1038,45	1038,45	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
21	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021323	2026-01-01	3 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,75	532,77	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,18
22	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698021309	2026-01-01	3 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,53	1065,53	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
23	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021286	2026-01-01	3 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,75	532,77	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,18
24	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698015476	2026-01-01	3 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,53	1065,53	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
25	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2025-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	278,83	292,77	310,34	331,92	331,92	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	400 g	4008976595304	2024-07-01	3 lata	216.3, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długolącuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	110,00	115,50	122,43	138,00	138,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
27	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2025-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długolącuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	312,40	328,02	347,70	370,31	370,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
28	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2025-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	334,60	351,33	372,41	395,70	395,70	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2025-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	390,36	409,88	434,47	459,47	459,47	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2026-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	245,00	257,25	272,69	293,24	293,24	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
31	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2026-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	245,00	257,25	272,69	293,24	293,24	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
32	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2025-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	396,90	416,75	441,75	466,95	466,95	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45 g)	4008976340294	2025-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenylketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	362,00	380,10	402,91	427,04	427,04	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2025-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	124,21	130,42	138,24	154,60	154,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
35	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2025-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	117,57	123,45	130,85	146,84	146,84	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2025-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	173,11	181,77	192,68	211,03	211,03	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648201	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
42	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943908	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86
43	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943939	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
44	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943847	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86
45	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943878	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86
46	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943960	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86
47	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943915	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
48	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943946	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
49	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943854	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
50	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943885	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
51	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943977	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943922	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943953	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Red, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943861	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 White, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943892	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
56	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943984	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
57	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942369	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjonowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	932,95	Fenylketonuria		ryczałt	7,66
58	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942345	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjonowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	932,95	Fenylketonuria		ryczałt	7,66
59	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942383	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjonowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	932,95	Fenylketonuria		ryczałt	7,66
60	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942406	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjonowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	932,95	Fenylketonuria		ryczałt	7,66
61	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942376	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjonowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
62	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942352	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
63	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942390	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
64	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942413	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.ż.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.ż.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU GMPPro Mix In, proszek, 10 g białka	30 saszetek po 12,5 g	5016533658293	2026-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	920,00	966,00	1023,96	1062,73	1062,73	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia, u których dobową tolerancja fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
69	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
70	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647754	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647723	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
73	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647716	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
74	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
75	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647778	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
76	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex Select o smaku herbaty brzoskwiowej, płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591631	2026-04-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
77	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
78	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czekoladowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385941621	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
79	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940105	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
80	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940112	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
81	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku bananowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943489	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
82	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943472	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
83	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czekoladowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385941454	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
84	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czerwonych owoców, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059840	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
85	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku waniliowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059857	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
86	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego	400 g	5016533644456	2025-01-01	3 lata	216.4, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długolącuchowymi kwasami tłuszczowymi i prebiotykami - przeznaczona dla niemowląt i jako uzupełnienie diety u dzieci do 3 r.ż.	124,15	130,36	138,18	154,54	154,54	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
87	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	XP Maxamum o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	1500 g (30 x 50 g)	5016533620368	2025-01-01	3 lata	216.17, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży	836,55	878,38	931,08	967,55	967,55	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
88	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
89	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
90	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
91	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553486	2024-10-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,00	43,05	45,63	55,64	55,64	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20

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

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

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
21	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

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

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

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
54	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibre z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm ²	1 szt.	0768455123797	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	74,80	80,78	85,63	99,16	99,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,75
55	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibre z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm ²	1 szt.	0768455123797	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	74,80	80,78	85,63	99,16	99,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
56	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibre z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm ²	1 szt.	0768455129201	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	128,70	139,00	147,33	163,72	163,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	49,12
57	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibre z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm ²	1 szt.	0768455129201	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	128,70	139,00	147,33	163,72	163,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
58	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag, 10x10, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm ²	1 szt.	4052199287843	2026-07-01	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, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm ²	1 szt.	4052199287843	2026-07-01	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, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm ²	1 szt.	4052199287928	2026-07-01	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, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm ²	1 szt.	4052199287928	2026-07-01	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, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm ²	1 szt.	4052199287768	2026-07-01	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, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm ²	1 szt.	4052199287768	2026-07-01	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 cm ²	1 szt.	5708932861519	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	22,90	24,73	26,21	33,00	26,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
65	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm ²	1 szt.	5708932861519	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	22,90	24,73	26,21	33,00	26,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,29
66	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm ²	1 szt.	5708932481922	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,87	29,02	30,76	37,96	30,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,93
67	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm ²	1 szt.	5708932481922	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,87	29,02	30,76	37,96	30,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,91
68	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm ²	1 szt.	5708932861502	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	45,90	49,57	52,54	62,44	53,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,05
69	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm ²	1 szt.	5708932861502	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	45,90	49,57	52,54	62,44	53,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,02
70	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	7323190151172	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 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	<1>Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii; <2>Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,30
71	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 15x15 cm, opatrunek specjalistyczny, 225 cm ²	1 szt.	7323190151189	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	32,59	35,20	37,31	46,92	46,92	<1>Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii; <2>Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,08
72	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm ²	1 szt.	7323190151226	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	86,92	93,87	99,51	114,51	114,51	<1>Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii; <2>Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,35
73	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x4,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm ²	1 szt.	7323190151202	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 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	<1>Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii; <2>Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,72
74	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 2x45 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm ²	1 szt.	7323190151158	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 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	<1>Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii; <2>Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,72

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
75	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 45 cm ²	1 szt.	7323190151196	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,18	18,55	19,67	23,03	10,25	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	15,86
76	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 135 cm ²	1 szt.	7323190151219	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 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	<1>Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii; <2>Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,12
77	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 5x5 cm, opatrunek specjalistyczny, 25 cm ²	1 szt.	7323190151165	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	8,42	9,09	9,64	11,71	5,69	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,73
78	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ²	1 szt.	7332430941374	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,73	32,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,88
79	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ²	1 szt.	7332430941374	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,73	32,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,08
80	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430941367	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,49	24,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,49
81	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430941367	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,49	24,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,20
82	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430941381	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,61	47,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,28
83	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430941381	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,61	47,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
84	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm ²	1 szt.	7332551027056	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,47	7,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,92
85	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm ²	1 szt.	7332551027056	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,47	7,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,54
86	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	15032749039555	2024-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	28,98	31,30	33,18	42,18	42,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,65
87	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm ²	1 szt.	15032749039548	2024-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,53	18,93	20,07	26,88	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,06
88	Emplastry antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	5060786980977	2025-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	12,00	12,96	13,74	18,63	17,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,36

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
100	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	00768455132034	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,36	39,27	41,62	51,23	51,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
101	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	00768455132027	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,80	18,14	19,23	25,30	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,36
102	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	00768455132027	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,80	18,14	19,23	25,30	22,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,53
103	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	00768455132041	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	103,00	111,24	117,91	132,91	132,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,87
104	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	00768455132041	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	103,00	111,24	117,91	132,91	132,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
105	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	00768455132010	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,41	4,76	5,30	7,37	5,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,39
106	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	00768455132010	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,41	4,76	5,30	7,37	5,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,68
107	Emplastr collagenosa	Durafiber Ag Pro, 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	5059884010877	2026-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	96,96	104,72	111,00	126,00	126,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	37,80
108	Emplastr collagenosa	Durafiber Ag Pro, 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	5059884010877	2026-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	96,96	104,72	111,00	126,00	126,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
109	Emplastr collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm ²	1 szt.	04054596955332	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,28	69,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,74
110	Emplastr collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm ²	1 szt.	04054596955332	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,28	69,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,94

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm ²	1 szt.	04054596955363	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,67	138,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,60
112	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm ²	1 szt.	04054596955363	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,67	138,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
113	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 100 cm ²	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
114	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 100 cm ²	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
115	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm ²	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
116	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm ²	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
117	Emplastri collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm ²	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
118	Emplastri collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm ²	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
119	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm ²	1 szt.	5000223422486	2026-10-01	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
120	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm ²	1 szt.	5000223422486	2026-10-01	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
121	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm ²	1 szt.	5000223422493	2026-10-01	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
122	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm ²	1 szt.	5000223422493	2026-10-01	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
123	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm ²	1 szt.	5000223422509	2026-10-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	33,62	36,31	38,49	45,54	32,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,12

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
124	Emplastr collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm ²	1 szt.	5000223422509	2026-10-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	33,62	36,31	38,49	45,54	32,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,51
125	Emplastr collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332551816421	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	25,80	27,86	29,54	35,89	24,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,89
126	Emplastr collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332551816483	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	50,44	54,48	57,75	66,96	47,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,63
127	Emplastr collagenosa	Sorelex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8595163717817	2025-04-01	3 lata	264.6, Opatrunki do ran zakażonych z kwasem hialuronowym i dichlorowodorkiem oktenidyny	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,70
128	Emplastr collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ²	1 szt.	3546894554863	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	30,85	33,32	35,32	42,94	32,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,01
129	Emplastr collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546894554870	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	60,70	65,56	69,49	81,89	81,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,57
130	Emplastr collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm ²	1 szt.	3546894530669	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	38,31	41,37	43,86	52,31	39,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,79
131	Emplastr collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546894549517	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	60,20	65,02	68,91	81,31	81,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,39
132	Emplastr collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ²	1 szt.	3546894554887	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	32,18	34,75	36,84	44,46	32,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,53
133	Emplastr collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546894554894	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	62,42	67,41	71,46	83,86	81,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,54
134	Emplastr conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm ²	1 szt.	8681349103939	2025-10-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,41	21,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,42
135	Emplastr conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm ²	1 szt.	8681349103939	2025-10-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,41	21,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
136	Emplastr conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm ²	1 szt.	4049500737043	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	11,05	7,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
137	Emplastry conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm ²	1 szt.	4049500737043	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	11,05	7,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,45
138	Emplastry conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm ²	1 szt.	4049500737074	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,48	15,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,83
139	Emplastry conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm ²	1 szt.	4049500737074	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,48	15,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,27
140	Emplastry conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500737258	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,86	17,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,88
141	Emplastry conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500737258	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,86	17,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,75
142	Emplastry conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500737401	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,16	30,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,87
143	Emplastry conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500737401	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,16	30,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,75
144	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm ²	1 szt.	4049500736534	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,88	11,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,56
145	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm ²	1 szt.	4049500736534	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,88	11,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
146	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500736596	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	17,07	17,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,12
147	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500736596	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	17,07	17,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
148	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500736749	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,21	28,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,46

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
149	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500736749	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,21	28,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
150	Emplastry hydrocolloidosa	Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156,25 cm ²	1 szt.	5708932699136	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,55	14,63	15,51	20,16	18,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,19
151	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455150946	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,96	7,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,98
152	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455150946	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,96	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,85
153	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ²	1 szt.	0768455150823	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,60	4,97	5,51	7,77	7,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,79
154	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ²	1 szt.	0768455150823	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,60	4,97	5,51	7,77	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,66
155	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ²	1 szt.	0768455150816	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,81	15,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,74
156	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ²	1 szt.	0768455150816	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,81	15,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
157	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm ²	1 szt.	0768455150809	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,82	14,93	15,82	21,15	21,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,35
158	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm ²	1 szt.	0768455150809	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,82	14,93	15,82	21,15	21,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
159	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ²	1 szt.	0768455150847	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,38	27,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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 - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ²	1 szt.	0768455150847	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,38	27,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
161	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm ²	1 szt.	0768455157242	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,71	7,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,73
162	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm ²	1 szt.	0768455157242	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,71	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,60
163	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm ²	1 szt.	0768455157259	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	16,00	16,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,80
164	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm ²	1 szt.	0768455157259	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	16,00	16,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
165	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56,25 cm ²	1 szt.	0768455150854	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,81	4,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,01
166	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56,25 cm ²	1 szt.	0768455150854	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,81	4,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,81
167	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	40,44	40,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,13
168	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	40,44	40,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
169	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	4021447546964	2026-01-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	4,40	4,75	5,29	9,25	9,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,78

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Emplastr hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	4021447546995	2026-01-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	10,08	16,54	16,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,96
171	Emplastr hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,91	8,54	9,08	12,41	9,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,96
172	Emplastr hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,91	8,54	9,08	12,41	9,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,19
173	Emplastr hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm ²	1 szt.	5900656000056	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	11,02	9,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,29
174	Emplastr hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm ²	1 szt.	5900656000056	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	11,02	9,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
175	Emplastr hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm ²	1 szt.	5900656000063	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,97	11,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,90
176	Emplastr hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm ²	1 szt.	5900656000063	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,97	11,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,44
177	Emplastr hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm ²	1 szt.	5900656000070	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,92
178	Emplastr hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm ²	1 szt.	5900656000070	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
179	Emplastr hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm ²	1 szt.	5900656000032	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,75	5,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,71
180	Emplastr hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm ²	1 szt.	5900656000032	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,75	5,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,98
181	Emplastr 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
182	Emplastr 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
183	Emplastr hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,75	9,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,30
184	Emplastr hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,75	9,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
185	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
186	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
187	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
188	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
189	Emplastri microfibrillum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm ²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,96	36,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,09
190	Emplastri microfibrillum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm ²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,96	36,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
191	Emplastri microfibrillum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm ²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,70
192	Emplastri microfibrillum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm ²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
193	Emplastri microfibrillum cellulosae	Allevyn Complete Care 10x10 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 100 cm ²	1 szt.	5000223502942	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,32	7,91	8,45	11,84	11,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,85
194	Emplastri microfibrillum cellulosae	Allevyn Complete Care 10x10 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 100 cm ²	1 szt.	5000223502942	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,32	7,91	8,45	11,84	11,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,42
195	Emplastri microfibrillum cellulosae	Allevyn Complete Care 12,5x12,5 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 156.25 cm ²	1 szt.	5000223502959	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
196	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care 12,5x12,5 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 156.25 cm²	1 szt.	5000223502959	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
197	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care 15x15 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 225 cm²	1 szt.	5000223502966	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,48	17,80	18,87	25,04	25,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,51
198	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care 15x15 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 225 cm²	1 szt.	5000223502966	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	16,48	17,80	18,87	25,04	25,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
199	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care 17,5x17,5 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 306.25 cm²	1 szt.	5000223502973	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,44	24,24	25,69	32,99	32,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,90
200	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care 17,5x17,5 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 306.25 cm²	1 szt.	5000223502973	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,44	24,24	25,69	32,99	32,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
201	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care Heel 25x25,2 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 545.3 cm²	1 szt.	5000223503031	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,95	43,15	45,74	55,77	55,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
202	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care Heel 25x25,2 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną, 545,3 cm ²	1 szt.	5000223503031	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,95	43,15	45,74	55,77	55,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
203	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care Sacrum 17,2x17,4 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną na okolicę krzyżową, 234,7 cm ²	1 szt.	5000223503017	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	17,19	18,57	19,68	26,05	26,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,82
204	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care Sacrum 17,2x17,4 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną na okolicę krzyżową, 234,7 cm ²	1 szt.	5000223503017	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	17,19	18,57	19,68	26,05	26,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
205	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care Sacrum 21,5x23 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną na okolicę krzyżową, 385,8 cm ²	1 szt.	5000223503024	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,27	30,53	32,37	40,68	40,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,20
206	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Complete Care Sacrum 21,5x23 cm, hydrokomórkowy opatrunek piankowy zawierający wysoko chłonny rdzeń z funkcją superabsorbentu z silikonową warstwą adhezyjną na okolicę krzyżową, 385,8 cm ²	1 szt.	5000223503024	2026-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,27	30,53	32,37	40,68	40,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
207	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ²	1 szt.	5000223463908	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,66	10,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
208	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ²	1 szt.	5000223463908	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,66	10,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
209	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm ²	1 szt.	5000223476182	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,43	20,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,13
210	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm ²	1 szt.	5000223476182	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,43	20,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
211	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm ²	1 szt.	5000223463960	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	15,98	15,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,79
212	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm ²	1 szt.	5000223463960	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	15,98	15,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
213	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm ²	1 szt.	5000223463991	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	29,99	29,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,00
214	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm ²	1 szt.	5000223463991	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	29,99	29,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
215	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm ²	1 szt.	5000223463878	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,67	6,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,00
216	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm ²	1 szt.	5000223463878	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,67	6,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
217	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm ²	1 szt.	5000223465230	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	44,73	44,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
218	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm ²	1 szt.	5000223465230	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	44,73	44,73	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
219	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ²	1 szt.	5000223475499	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,66	10,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,20
220	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ²	1 szt.	5000223475499	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,66	10,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
221	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ²	1 szt.	5000223475581	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,23	23,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,97
222	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ²	1 szt.	5000223475581	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,23	23,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
223	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm ²	1 szt.	5000223475611	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,46	7,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,24
224	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm ²	1 szt.	5000223475611	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,46	7,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
225	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm ²	1 szt.	5000223476885	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,55	16,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,97
226	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm ²	1 szt.	5000223476885	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,55	16,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
227	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ²	1 szt.	5000223476502	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	22,66	22,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,80
228	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ²	1 szt.	5000223476502	2026-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	22,66	22,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
229	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm ²	1 szt.	5000223477981	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,60	9,29	9,85	12,97	11,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,25
230	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm ²	1 szt.	5000223477981	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,60	9,29	9,85	12,97	11,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,94
231	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm ²	1 szt.	5000223478018	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,15	14,20	15,06	19,50	17,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,38
232	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm ²	1 szt.	5000223478018	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,15	14,20	15,06	19,50	17,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,19
233	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm ²	1 szt.	5000223478049	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,50	19,98	21,18	26,95	25,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
234	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,50	19,98	21,18	26,95	25,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,93
235	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life 21x21 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm²	1 szt.	5000223478070	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,19	46,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,65
236	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life Heel 25x25,2 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 25cm x 25,2cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 545 cm²	1 szt.	5000223482503	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	60,29	60,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,09
237	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum 17,2x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 17,2cm x 17,5cm, 235 cm²	1 szt.	5000223481421	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	27,67	27,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,30
238	Emplastrum 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	42,54	42,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,76
239	Emplastrum 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
240	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455125616	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,84	10,63	11,26	15,35	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,37
241	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455125630	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,23	24,01	25,44	32,45	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,01
242	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455125630	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,23	24,01	25,44	32,45	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,25
243	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	0768455125586	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,19	3,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,92
244	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	0768455125586	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,19	3,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,95
245	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm ²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,65
246	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm ²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
247	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm ²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,65
248	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm ²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
249	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	22,06	20,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
250	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	22,06	20,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,78

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm ²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,15	35,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,97
252	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm ²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,15	35,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,18
253	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm ²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,77	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,33
254	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm ²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,77	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,57
255	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm ²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,91	38,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,66
256	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm ²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,91	38,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,98
257	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm ²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,52	43,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,82
258	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm ²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,52	43,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,66
259	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm ²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,70	39,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,88
260	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm ²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,70	39,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,96
261	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm ²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,91	51,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,57
262	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm ²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,91	51,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
263	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm ²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,82	56,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,05
264	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm ²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,82	56,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
265	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm ²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,48	92,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,74
266	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm ²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,48	92,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
267	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm ²	1 szt.	5708932861557	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	9,10	9,83	10,42	12,48	5,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,31
268	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156,25 cm ²	1 szt.	5708932861571	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	14,18	15,31	16,23	19,19	9,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,67
269	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm ²	1 szt.	5708932861564	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	29,44	31,80	33,71	38,88	19,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,36
270	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56,25 cm ²	1 szt.	5708932861540	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	5,23	5,65	6,19	7,54	3,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,20
271	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na pięcie, 380 cm ²	1 szt.	5708932861526	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	35,41	38,24	40,53	46,34	22,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,49
272	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm ²	1 szt.	5708932861533	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	47,90	51,73	54,83	61,92	31,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,84
273	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm ²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,81	5,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,64
274	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm ²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,81	5,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm ²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,35	13,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,96
276	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm ²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,35	13,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	15,94
277	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm ²	1 szt.	5708932861588	2024-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	36,44	39,36	41,72	51,01	48,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,26
278	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455193325	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,19	9,93	10,52	14,61	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,52
279	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455193325	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,19	9,93	10,52	14,61	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
280	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455202072	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,34	15,49	16,42	22,00	20,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,80
281	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455202072	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,34	15,49	16,42	22,00	20,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,72
282	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455193332	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,65	22,30	23,64	30,65	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,21
283	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455193332	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,65	22,30	23,64	30,65	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,45
284	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	0768455202089	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,10	30,35	32,17	40,47	39,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
285	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306,25 cm²	1 szt.	0768455202089	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,10	30,35	32,17	40,47	39,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,73
286	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 20x16,5 cm, opatrunek, 330 cm²	1 szt.	0768455193363	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,28	32,70	34,67	43,35	42,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,37
287	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 20x16,5 cm, opatrunek, 330 cm²	1 szt.	0768455193363	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,28	32,70	34,67	43,35	42,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,52
288	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455202102	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,47	43,71	46,33	56,44	56,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,93
289	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455202102	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,47	43,71	46,33	56,44	56,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
290	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 24x21 cm, opatrunek, 504 cm²	1 szt.	0768455193356	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	46,25	49,95	52,95	63,72	63,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,12
291	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 24x21 cm, opatrunek, 504 cm²	1 szt.	0768455193356	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	46,25	49,95	52,95	63,72	63,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
292	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455193318	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	5,89	6,36	6,90	9,72	8,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,90
293	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455193318	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	5,89	6,36	6,90	9,72	8,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
294	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106331	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,57	9,26	9,81	13,67	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
295	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	6940610106362	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,00	18,36	19,46	25,78	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
296	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	6940610106423	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,57	21,14	22,40	29,13	27,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,15
297	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	6940610106485	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	34,00	36,72	38,92	48,21	48,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,46
298	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	6940610106515	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	52,20	56,38	59,76	71,05	71,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,32
299	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm ²	1 szt.	6940610106546	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	69,60	75,17	79,68	92,91	92,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,87
300	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny, 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156,25 cm ²	1 szt.	6940610106393	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	13,28	14,34	15,21	20,46	18,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,28
301	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny, 23x50 cm, opatrunek, 1150 cm ²	1 szt.	6940610144838	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	97,75	105,57	111,91	126,95	126,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	38,09
302	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	6940610106607	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,57	9,26	9,81	13,20	11,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,21
303	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	6940610106690	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,57	25,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,59
304	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	6940610106751	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,40	45,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,43
305	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	6940610106638	2026-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,65	15,82	16,77	22,42	22,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
306	Emplastr microfibricum cellulosae	Curea P1, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	4260223630231	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,43	8,02	8,56	12,42	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,99
307	Emplastr microfibricum cellulosae	Curea P1, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	4260223630248	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	11,41	12,32	13,06	19,38	19,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
308	Emplastr microfibricum cellulosae	Curea P1, 10x30 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	4260223630262	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,07	18,44	19,54	27,37	27,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,21
309	Emplastr microfibricum cellulosae	Curea P1, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	4260223630651	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	13,63	14,72	15,61	22,34	22,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,70
310	Emplastr microfibricum cellulosae	Curea P1, 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	4260223630255	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	23,05	24,89	26,38	35,67	35,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,70
311	Emplastr microfibricum cellulosae	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm ²	1 szt.	5000223466695	2026-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,00	9,72	10,30	14,39	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,30
312	Emplastr microfibricum cellulosae	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm ²	1 szt.	5000223466725	2026-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,25	21,87	23,19	30,20	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,76
313	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	6942327078109	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
314	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	6942327078109	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,99
315	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	6942327041912	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	24,00	25,92	27,48	35,31	35,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,59
316	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	6942327041912	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	24,00	25,92	27,48	35,31	35,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
317	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	6942327062016	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	32,00	34,56	36,63	45,92	45,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,78
318	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	6942327062016	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	32,00	34,56	36,63	45,92	45,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
319	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 20x25 cm, opatrunek, 500 cm ²	1 szt.	6942327062306	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	40,00	43,20	45,79	56,11	56,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,83
320	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 20x25 cm, opatrunek, 500 cm ²	1 szt.	6942327062306	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	40,00	43,20	45,79	56,11	56,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
321	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 20x40 cm, opatrunek, 800 cm ²	1 szt.	6942327048225	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	64,00	69,12	73,27	86,50	86,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,95
322	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax N, 20x40 cm, opatrunek, 800 cm ²	1 szt.	6942327048225	2026-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	64,00	69,12	73,27	86,50	86,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
323	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm ²	1 szt.	6942327028852	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,00	11,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,01
324	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm ²	1 szt.	6942327028852	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,00	11,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,58
325	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm ²	1 szt.	6942327059757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	25,00	27,00	28,62	35,85	34,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,88
326	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm ²	1 szt.	6942327059757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	25,00	27,00	28,62	35,85	34,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,60
327	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm ²	1 szt.	6942327033757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	33,50	36,18	38,35	46,83	45,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,86
328	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm ²	1 szt.	6942327033757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	33,50	36,18	38,35	46,83	45,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,16
329	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ²	1 szt.	6942327057951	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	42,00	45,36	48,08	57,73	57,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,77
330	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ²	1 szt.	6942327057951	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	42,00	45,36	48,08	57,73	57,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,64
331	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm ²	1 szt.	6942327012936	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	67,20	72,58	76,93	89,09	89,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
332	Emplastr microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm ²	1 szt.	6942327012936	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	67,20	72,58	76,93	89,09	89,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
333	Emplastr microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455142231	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,10	8,75	9,29	12,61	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,31
334	Emplastr microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455142231	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,10	8,75	9,29	12,61	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,75
335	Emplastr microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455142248	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,25	19,71	20,90	26,96	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,28
336	Emplastr microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455142248	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,25	19,71	20,90	26,96	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,28
337	Emplastr microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm ²	1 szt.	0768455142255	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,38	5,81	6,35	8,69	7,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,21
338	Emplastr microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm ²	1 szt.	0768455142255	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,38	5,81	6,35	8,69	7,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,86
339	Emplastr microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm ²	1 szt.	0768455142224	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,22	5,64	6,18	8,47	7,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,16
340	Emplastr microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm ²	1 szt.	0768455142224	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,22	5,64	6,18	8,47	7,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
341	Emplastr microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,61	3,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,96
342	Emplastr microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,61	3,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,82
343	Emplastr microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm ²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,69	13,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
344	Emplastr microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm ²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,69	13,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
345	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343013953	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
346	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343013953	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
347	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343014028	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
348	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343014028	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
349	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	8715343014141	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,00	28,08	29,76	36,90	35,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,00
350	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	8715343014141	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,00	28,08	29,76	36,90	35,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,33
351	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm ²	1 szt.	8715343025956	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,15	39,04	41,39	49,95	49,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,42
352	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm ²	1 szt.	8715343025956	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,15	39,04	41,39	49,95	49,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,62
353	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm ²	1 szt.	8715343025987	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	59,97	59,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,99
354	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm ²	1 szt.	8715343025987	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	59,97	59,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
355	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343026847	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,90	12,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
356	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343026847	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,90	12,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,58

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
357	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343026915	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,22	27,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,82
358	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343026915	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,22	27,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51
359	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343026977	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,78
360	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343026977	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
361	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343013762	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
362	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343013762	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
363	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343013793	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
364	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343013793	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
365	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343013878	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,75	37,53	39,79	48,16	47,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,96
366	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343013878	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,75	37,53	39,79	48,16	47,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,73
367	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm ²	1 szt.	8715343025895	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,20	16,42	17,40	22,44	20,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,92
368	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm ²	1 szt.	8715343025895	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,20	16,42	17,40	22,44	20,75	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,69
369	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019184	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
370	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019184	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
371	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343019214	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
372	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343019214	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
373	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	1 szt.	8715343019269	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	85,00	91,80	97,31	110,86	110,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,26

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
374	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	1 szt.	8715343019269	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	85,00	91,80	97,31	110,86	110,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
375	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019405	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
376	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019405	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
377	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343019450	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
378	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343019450	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
379	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56,25 cm ²	1 szt.	08715343019375	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,85	5,24	5,78	7,84	6,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,17
380	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56,25 cm ²	1 szt.	08715343019375	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,85	5,24	5,78	7,84	6,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,17
381	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343067321	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,20	7,78	8,32	12,18	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,75
382	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm ²	1 szt.	8715343067338	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,80	11,66	12,37	17,47	17,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
383	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	8715343066157	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,25	15,39	16,32	22,64	22,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,79
384	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343067307	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	28,00	30,24	32,05	41,34	41,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,40
385	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	8715343067314	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	42,00	45,36	48,08	59,37	59,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,81
386	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm ²	1 szt.	8715343048290	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	56,00	60,48	64,11	77,34	77,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,20
387	Emplastr microfibricum cellulosae	L-Mesitran Foam 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	8717249681557	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
388	Emplastr microfibricum cellulosae	L-Mesitran Foam 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	8717249681557	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwę funkcjonalne	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
389	Emplastr microfibricum cellulosae	L-Mesitran Tulle 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	8717249680505	2025-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,75	9,45	10,02	13,98	13,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,19
390	Emplastr microfibricum cellulosae	L-Mesitran Tulle 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	8717249680505	2025-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,75	9,45	10,02	13,98	13,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
391	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ²	1 szt.	7332430504999	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,90	20,41	21,63	27,38	24,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,95
392	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ²	1 szt.	7332430504999	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,90	20,41	21,63	27,38	24,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,48
393	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430446459	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,60	18,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,63
394	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430446459	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,60	18,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,07
395	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430505019	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,50	30,78	32,63	39,84	36,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,42
396	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430505019	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,50	30,78	32,63	39,84	36,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,53
397	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	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	122,88	118,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,87
398	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	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	122,88	118,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,30
399	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	19,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,35
400	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	19,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,00
401	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	27,94	25,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
402	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	27,94	25,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,25
403	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm ²	1 szt.	7323190193134	2026-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,80	6,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,31
404	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm ²	1 szt.	7323190193134	2026-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,80	6,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,38
405	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	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	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
406	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	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	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
407	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	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	28,46	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,78
408	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	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	28,46	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,78
409	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm ²	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	7,88	6,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,21
410	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm ²	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	7,88	6,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,21
411	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm ²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	34,74	32,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,96
412	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm ²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	34,74	32,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,20
413	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430666598	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,60	18,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,63
414	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430666598	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,60	18,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,07
415	Emplastri microfibrillum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430666642	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,85	29,00	30,74	37,95	36,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430666642	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,85	29,00	30,74	37,95	36,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,64
417	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ²	1 szt.	7332430666505	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,67	7,20	7,74	10,02	7,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,73
418	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ²	1 szt.	7332430666505	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,67	7,20	7,74	10,02	7,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,46
419	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm ²	1 szt.	7332430727572	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,11	30,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,03
420	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm ²	1 szt.	7332430727572	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,11	30,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
421	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm ²	1 szt.	7332430008800	2026-01-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	54,39	47,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,29
422	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm ²	1 szt.	7332430008800	2026-01-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	54,39	47,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,11
423	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 20x50 cm, opatrunek jałowy, 1000 cm ²	1 szt.	7332430003775	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	130,00	140,40	148,82	164,00	157,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,40
424	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm ²	1 szt.	07333350744861	2025-10-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,20	7,78	8,32	11,40	10,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,06
425	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm ²	1 szt.	07333350744861	2025-10-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,20	7,78	8,32	11,40	10,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,91
426	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
427	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,99
428	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm ²	1 szt.	7323190179428	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	16,97	18,33	19,43	26,07	26,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,82
429	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm ²	1 szt.	7323190179442	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	25,97	28,05	29,73	38,93	38,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
430	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 10x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 200 cm ²	1 szt.	7323190179541	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,40	15,55	16,48	22,80	22,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,84
431	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm ²	1 szt.	7323190179572	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	44,55	48,11	51,00	62,29	62,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,69
432	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x40 cm, opatrunek specjalistyczny, 800 cm ²	1 szt.	7323190179589	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	48,00	51,84	54,95	68,18	68,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,45
433	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm ²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,66	15,83	16,78	22,43	22,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
434	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm ²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,66	15,83	16,78	22,43	22,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
435	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm ²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35
436	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm ²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
437	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm ²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35
438	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm ²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
439	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm ²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	30,36	32,79	34,75	43,44	43,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,03

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
440	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm ²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	30,36	32,79	34,75	43,44	43,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
441	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306,25 cm ²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	22,35	24,14	25,59	32,89	32,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,87
442	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306,25 cm ²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	22,35	24,14	25,59	32,89	32,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
443	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Heel, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 625 cm ²	1 szt.	4052199579610	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	45,56	49,20	52,15	62,84	62,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,85
444	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Heel, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 625 cm ²	1 szt.	4052199579610	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	45,56	49,20	52,15	62,84	62,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
445	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 324 cm ²	1 szt.	4052199580173	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	23,62	25,51	27,04	34,57	34,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,37
446	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 324 cm ²	1 szt.	4052199580173	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	23,62	25,51	27,04	34,57	34,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
447	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 529 cm ²	1 szt.	4052199579894	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	38,56	41,64	44,14	54,03	54,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,21
448	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 529 cm ²	1 szt.	4052199579894	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	38,56	41,64	44,14	54,03	54,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
449	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	39,25	42,39	44,94	54,59	54,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,38
450	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	39,25	42,39	44,94	54,59	54,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
451	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ²	1 szt.	3546895520270	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,05	9,77	10,36	14,32	12,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,44
452	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm ²	1 szt.	3546895520287	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	20,38	22,01	23,33	30,16	28,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,19
453	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895520294	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	27,16	29,33	31,09	39,05	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,42
454	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm ²	1 szt.	3546895520263	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	3,26	3,52	4,06	5,77	4,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,58
455	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm ²	1 szt.	3546895520300	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	18,11	19,56	20,74	27,20	25,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,45
456	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	7350031913521	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,88	8,51	9,05	12,91	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,48
457	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	7350031913538	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,75	17,01	18,04	24,36	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,48
458	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	7350031913552	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	47,24	51,02	54,08	65,37	65,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,61
459	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ²	1 szt.	3546895518048	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,51	11,35	12,03	16,49	15,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,84
460	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ²	1 szt.	3546895518048	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,51	11,35	12,03	16,49	15,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
461	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518055	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,37	28,48	30,19	38,15	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,52
462	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518055	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,37	28,48	30,19	38,15	38,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,11
463	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm ²	1 szt.	3546895518062	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	52,74	56,96	60,37	71,84	71,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,55
464	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm ²	1 szt.	3546895518062	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	52,74	56,96	60,37	71,84	71,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
465	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ²	1 szt.	3546895518079	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,76	9,46	10,03	13,99	12,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
466	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518086	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,41
467	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518086	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
468	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ²	1 szt.	3546895518116	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,76	9,46	10,03	13,99	12,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
469	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm ²	1 szt.	3546895518123	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	14,80	15,98	16,95	22,64	21,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,64
470	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518130	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,41
471	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm ²	1 szt.	3546895518109	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	5,60	6,05	6,59	9,29	8,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,61
472	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm ²	1 szt.	3546895518147	2025-07-01	3 lata	261.3. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	35,02	37,82	40,09	49,55	49,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,87
473	Emplastr microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem , 100 cm ²	1 szt.	4056649067429	2025-07-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,40	4,75	5,29	9,15	9,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Emplastr microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 156.25 cm²	1 szt.	4056649067443	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,80	5,18	5,72	10,97	10,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
475	Emplastr microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 281.25 cm²	1 szt.	4056649067467	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,10	8,75	9,29	16,84	16,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,05
476	Emplastr microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem , 484 cm²	1 szt.	4056649067481	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,00	15,12	16,03	26,19	26,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
477	Emplastr microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem , 704 cm²	1 szt.	4056649067504	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,20	20,74	21,98	34,28	34,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,28
478	Emplastr 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 absorpcji 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
479	Emplastr 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 absorpcji 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
480	Emplastr 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 absorpcji 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
481	Emplastr 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 absorpcji 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
482	Emplastr microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,94	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,51
483	Emplastr microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,94	12,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
484	Emplastr 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 absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,47	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,59
485	Emplastr 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 absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,47	24,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
486	Emplastr 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 absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,82	93,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,15
487	Emplastr 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 absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,82	93,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
488	Emplastr polymerosa	Avilin Spray, opatrunek - spray, 90 ml	1 szt.	5907629361220	2025-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	28,80	31,10	32,97	41,64	38,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,40
489	Emplastr 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
490	Emplastr 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
491	Emplastr 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
492	Emplastr 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
493	Emplastr 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
494	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 22,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm ²	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
495	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm ²	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
496	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm ²	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
497	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm ²	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
498	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm ²	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
499	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm ²	1 szt.	5000223416775	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,30	11,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,96
500	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm ²	1 szt.	5000223416775	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,30	11,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,38
501	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm ²	1 szt.	5000223415853	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,36	23,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,67
502	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm ²	1 szt.	5000223415853	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,36	23,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,51
503	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm ²	1 szt.	5000223426736	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,50	21,06	22,32	29,10	28,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm ²	1 szt.	5000223426736	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,50	21,06	22,32	29,10	28,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,25
505	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004611832	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
506	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004611832	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
507	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004611818	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,81
508	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004611818	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,15
509	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004619883	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,63	116,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
510	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004619869	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	91,02	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,80
511	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
512	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
513	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,81
514	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,15
515	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004619876	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	91,02	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,80
516	Emplastrы polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standarde 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004619890	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,63	116,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
517	Emplastrы polyurethanum spumatum	L-Mesitran Soft, opatrunek specjalistyczny, 250 g	1 szt.	8717249680222	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	120,00	129,60	137,38	153,70	153,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	46,11
518	Emplastrы polyurethanum spumatum	L-Mesitran Soft, opatrunek specjalistyczny, 250 g	1 szt.	8717249680222	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	120,00	129,60	137,38	153,70	153,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
519	Emplastrы polyurethanum spumatum	PütterPro2 Lite, 10x650, opatrunek, 6500 cm ²	1 szt.	4052199570891	2026-01-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	89,18	96,31	102,09	115,20	88,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	53,03
520	Emplastrы polyurethanum spumatum	PütterPro2, 10x650, opatrunek, 6500 cm ²	1 szt.	4052199503868	2026-01-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	89,18	96,31	102,09	115,20	88,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	53,03
521	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm ²	1 szt.	6940610114831	2024-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,20	8,86	9,40	12,72	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,42
522	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156,25 cm ²	1 szt.	6940610114862	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	12,70	13,72	14,54	19,19	18,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,22
523	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm ²	1 szt.	6940610114923	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	27,47	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,79
524	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm ²	1 szt.	6940610114954	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,29	47,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,19
525	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63,75 cm ²	1 szt.	6940610114893	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,48	5,92	6,46	8,74	7,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,45
526	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm ²	1 szt.	6940610115043	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,35	9,02	9,56	12,88	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,58
527	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587,5 cm ²	1 szt.	6940610115401	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	40,21	43,43	46,03	56,29	56,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,89
528	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm ²	1 szt.	6940610115432	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,40	15,55	16,48	21,62	21,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,68
529	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297,5 cm ²	1 szt.	6940610115371	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,60	26,57	28,17	35,28	35,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,58
530	Emplastrы polyurethanum spumatum	Urgo K2 Latex Free 18-25 cm, 10x600 cm, opatrunek, 6000 cm ²	1 szt.	03546890051045	2026-07-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	61,74	66,68	70,68	83,20	81,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,81
531	Emplastrы polyurethanum spumatum	Urgo K2 Latex Free 25-32 cm, 10x730 cm, opatrunek, 7300 cm ²	1 szt.	03546890051052	2026-07-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	75,11	81,12	85,99	99,74	99,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
532	Emplastrы polyurethanum spumatum	Urgo K2 Lite Latex Free 18-25 cm, 10x600 cm, opatrunek, 6000 cm ²	1 szt.	03546890051069	2026-07-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	61,74	66,68	70,68	83,20	81,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,81
533	Emplastrы polyurethanum spumatum	Urgo K2 Lite Latex Free 25-32 cm, 10x730 cm, opatrunek, 7300 cm ²	1 szt.	03546890051076	2026-07-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	75,11	81,12	85,99	99,74	99,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,92
534	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
535	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
536	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
537	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
538	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
539	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
540	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
541	Igły do penów	Micro-Fine Pen Needles 5 mm 31 G, 0,25x5mm (31G), igły	100 szt.	0383017059033	2026-10-01	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
542	Igły do penów	Micro-Fine Pen Needles 8 mm 30G, 0,30x8mm (30G), igły	100 szt.	0383017051938	2026-10-01	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
543	Igły do penów	PIC Insupen Original 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
544	Igły do penów	PIC Insupen Original 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
545	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,28	7,86	8,40	11,73	9,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
546	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,28	7,86	8,40	11,73	9,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,51
547	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
548	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
549	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
550	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
551	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
552	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
553	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
554	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
555	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
556	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
557	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,45	28,57	30,28	38,38	38,38	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
558	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
559	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
560	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
561	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
562	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
563	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
564	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
565	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
566	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
567	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
568	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
569	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
570	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 szt.	5904378480035	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,85	29,00	30,74	38,84	38,84	Cukrzyca		30%	11,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych 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	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
572	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
573	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2026-10-01	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
574	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2026-10-01	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
575	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
576	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
577	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
578	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
579	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
580	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
581	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
582	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
583	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
584	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
585	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
586	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
587	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
588	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
589	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
590	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
591	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
592	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
593	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
594	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
595	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
596	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9010727000116	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,50	26,46	28,05	36,15	36,15	Cukrzyca		30%	10,85

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
4	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05415062384565	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. powł., 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. powł., 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. powł., 100 mg	60 szt.	05000456071116	2025-04-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
8	Acidum carglumicum	Carbaglu, 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	Acoramidisum	Beyontra, tabl. powł., 356 mg	120 szt.	04057598029926	2026-07-01	2 lata	1302.1, Akoramidis	30000,00	32400,00	34344,00	34344,00	B.162.	bezpłatny	0 zł
12	Adagrasibum	Krazati, tabl. powł., 200 mg	180 szt.	08027950801718	2026-07-01	2 lata	1361.0, Adagrazyb	50000,00	54000,00	56160,00	56160,00	B.6.	bezpłatny	0 zł
13	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	2 amp.-strz. 0,2 ml	07613421130657	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	<1>B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
14	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strz. 0,4 ml	07613421130640	<1><2>2025-10-01/<3>2026-10-01	<1><3>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.;<3>B.161.	bezpłatny	0 zł
15	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml	07613421130633	<1><2>2025-10-01/<3>2026-10-01	<1><3>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.;<3>B.161.	bezpłatny	0 zł
16	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg	1 amp.-strz. 0,8 ml	07622436107080	<1><2>2025-10-01/<3>2026-10-01	<1><3>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.;<3>B.161.	bezpłatny	0 zł
17	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
18	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
19	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	2 amp.-strz. 0,2 ml	05996537018050	<1><2><3>2025-07-01/<4>2026-10-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.47.; <4>B.161.	bezpłatny	0 zł
20	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	1 wstrzykiwacz 0,4 ml	05996537014243	<1><2><3><4><5>2025-07-01/<6>2026-10-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.161.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
21	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml	05996537014250	<1><2><3><4><5> <6>2025-07-01/<7>2026-10-01	<1><2><3><4> <5><7>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.; <7>B.161.	bezpłatny	0 zł
22	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg	1 wstrzykiwacz 0,8 ml	05996537016087	<1><2><3><4><5> <6>2025-07-01/<7>2026-10-01	<1><2><3><4> <5><7>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.; <7>B.161.	bezpłatny	0 zł
23	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991083397	2025-10-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	4207,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
24	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991083434	2025-10-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
25	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991083465	2025-10-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
26	Afliberceptum	Afqlir, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 amp.-strzyk.	07622436125077	2026-01-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	1102,50	1190,70	1262,14	1262,14	B.70.	bezpłatny	0 zł
27	Afliberceptum	Eydenzelt, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.	05996537036054	2026-01-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	1102,50	1190,70	1262,14	1262,14	B.70.	bezpłatny	0 zł
28	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 114,3 mg/ml	1 fiol. po 0,07 ml	04057598023047	2026-10-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	4410,00	4762,80	5048,57	5048,56	B.70.	bezpłatny	0 zł
29	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2025-01-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	1950,00	2106,00	2232,36	1262,14	B.70.	bezpłatny	0 zł
30	Afliberceptum	Pavblu, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.	08715131030933	2026-07-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	895,93	967,60	1025,67	1025,67	B.70.	bezpłatny	0 zł
31	Afliberceptum	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
32	Afliberceptum	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
33	Agalsidasum alfa	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. 3,5 ml	05909990999514	2026-10-01	3 lata	1191.1, Agalzydaza alfa	5430,00	5864,40	6216,26	6216,26	B.104.	bezpłatny	0 zł
34	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg	1 fiol.	05909990971213	2026-10-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	10531,77	11374,31	12056,77	12056,77	B.104.	bezpłatny	0 zł
35	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05909990013654	2026-10-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	1504,55	1624,91	1722,41	1722,40	B.104.	bezpłatny	0 zł
36	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
37	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
38	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
39	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
40	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991441142	2026-07-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
41	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
42	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	05909991559847	2026-07-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
43	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	07613421024826	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
44	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	07613421024840	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	11448,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
45	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 50+200 mg	56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg)	07613421024833	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
46	Amifampridinum	Firdapse, tabl., 10 mg	100 szt.	05055956400706	2026-01-01	3 lata	1227.0, Amifamprydina	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.121.	bezpłatny	0 zł
47	Amivantamabum	Rybrewant, 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
48	Amivantamabum	Rybrewant, 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
49	Amivantamabum	Rybrewant, 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
50	Anakinrum	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	7 amp.-strz. po 0,67 ml z podziałką	07350031443271	<1>2026-07-01/<2>2024-07-01	3 lata	1153.0, Anakinra	795,80	859,46	911,03	911,03	<1>B.33; <2>B.86.	bezpłatny	0 zł
51	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
52	Apalutamidum	Erleada, tabl. powł., 240 mg	30 szt.	05413868122596	2025-04-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
53	Apalutamidum	Erleada, tabl. powł., 60 mg	120 szt.	05413868117059	2025-04-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
54	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2025-10-01	2 lata	1177.0, Apomorfinina	950,00	1026,00	1087,56	1087,56	B.90.	bezpłatny	0 zł
55	Asciminibum	Scemblix, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	07613421131616	2026-01-01	2 lata	1288.0, Asciminib	25240,00	27259,20	28894,75	14447,38	B.14.	bezpłatny	0 zł
56	Asciminibum	Scemblix, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	07613421131623	2026-01-01	2 lata	1288.0, Asciminib	25240,00	27259,20	28894,75	28894,75	B.14.	bezpłatny	0 zł
57	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	12 fiol. po 0,8 ml	05391527745112	2026-10-01	9 miesięcy	1311.0, Asfotaza alfa	172800,00	186624,00	188784,00	188784,00	B.165.	bezpłatny	0 zł
58	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 0,45 ml	05391527745143	2026-10-01	9 miesięcy	1311.0, Asfotaza alfa	38880,00	41990,40	44150,40	44150,40	B.165.	bezpłatny	0 zł
59	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 0,70 ml	05391527745136	2026-10-01	9 miesięcy	1311.0, Asfotaza alfa	60480,00	65318,40	67478,40	67478,40	B.165.	bezpłatny	0 zł
60	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 1 ml	05391527745129	2026-10-01	9 miesięcy	1311.0, Asfotaza alfa	86400,00	93312,00	95472,00	95472,00	B.165.	bezpłatny	0 zł
61	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fiol.a 20 ml	05902768001167	<1>2026-07-01/<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
62	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

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
63	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
64	Avalglucosidasum alfa	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991472474	2026-01-01	2 lata	1052.1, Awalglikozydaza alfa	4650,00	5022,00	5323,32	5323,32	B.22.	bezpłatny	0 zł
65	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08720165565009	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
66	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	08720165565016	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
67	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	08720165565214	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
68	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	08720165565153	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
69	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	10 szt.	07350031443110	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	2477,49	2675,69	2836,23	2836,23	B.97.	bezpłatny	0 zł
70	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	15 szt.	07350031443127	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	3716,24	4013,54	4254,35	4254,35	B.97.	bezpłatny	0 zł
71	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	07350031443134	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	7432,47	8027,07	8508,69	8508,69	B.97.	bezpłatny	0 zł
72	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
73	Axicabtagenum ciloleucelum	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 ⁸ – 2 x 10 ⁸ komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487	2026-10-01	1 rok 9 miesięcy	1226.1, Aksykabtagen cytolucel	1115015,00	1204216,20	1206376,20	1206376,20	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
74	Azacididine	Onureg, tabl. powł., 200 mg	7 szt.	07640133688435	2025-07-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	30286,00	32708,88	34671,41	23114,27	B.114.	bezpłatny	0 zł
75	Azacididine	Onureg, tabl. powł., 300 mg	7 szt.	07640133688442	2025-07-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	30286,00	32708,88	34671,41	34671,41	B.114.	bezpłatny	0 zł
76	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 2 mg	35 szt.	03837000170740	<1>2026-01-01/<2>2025-01-01	<1>1 rok/<2>2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
77	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 4 mg	35 szt.	03837000170825	<1>2026-01-01/<2>2025-01-01	<1>1 rok/<2>2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
78	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
79	Belantamab mafodotin	Blenrep, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. 6 ml	05901549673012	2026-07-01	2 lata	1362.0, Belantamab mafodotin	81909,26	88462,00	90622,00	90622,00	B.54.	bezpłatny	0 zł
80	Belantamab mafodotin	Blenrep, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 70 mg	1 fiol. 6 ml	05901549673029	2026-07-01	2 lata	1362.0, Belantamab mafodotin	57336,48	61923,40	64083,40	63435,40	B.54.	bezpłatny	0 zł
81	Belzutifanum	Welireg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	00191778024418	2026-10-01	2 lata	1366.0, Belzutyfan	60886,76	65757,70	67917,70	67917,70	B.182.	bezpłatny	0 zł
82	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	<1>2026-07-01/<2>2025-10-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	<1>B.44.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
83	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 wstrzykiwacz a 1 ml	05000456059213	<1>2026-07-01/<2>2025-10-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	<1>B.44.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
84	Berotrastatum	Orladeyo, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05391540110096	2026-01-01	2 lata	1347.0, Berotrastat	49561,00	53525,88	55685,88	55685,88	B.122.	bezpłatny	0 zł
85	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
86	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
87	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2026-10-01/<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
88	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
89	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
90	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
91	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413787222452	2026-10-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	3961,22	4278,12	4534,80	4235,76	B.35.; B.36.; B.82.	bezpłatny	0 zł
92	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
93	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
94	Binimetinib	Mektovi, tabl. powł., 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
95	Binimetinib	Mektovi, tabl. powł., 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
96	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
97	Bosentanum	Bopaho, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991102869	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	750,00	810,00	858,60	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
98	Bosentanum	Bosentan Ranbaxy, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991488529	2026-10-01	2 lata	1056.0, Bosentan	700,00	756,00	801,36	801,36	B.31.	bezpłatny	0 zł
99	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05907626708004	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1000,00	1080,00	1144,80	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
100	Brentuximabum vedotinum	Adectris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	<1>2026-10-01/<2>2026-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	10717,40	11574,79	12269,28	12269,28	<1>B.66; <2>B.77.	bezpłatny	0 zł
101	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>2026-10-01	2 lata	1226.2, Breksukabtagen autoleucel	1166166,00	1259459,28	1261619,28	1261619,28	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
102	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	15778,02	17040,26	18062,68	18062,68	B.6.	bezpłatny	0 zł
103	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2629,67	2840,04	3010,45	3010,45	B.6.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
104	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	7889,01	8520,13	9031,34	9031,34	B.6.	bezpłatny	0 zł
105	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	15778,02	17040,26	18062,68	15804,86	B.6.	bezpłatny	0 zł
106	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
107	Budesonidum	Kinpeygo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 4 mg	120 szt.	04011548044179	2026-10-01	2 lata	1322.0, Budezonid	27331,43	29517,94	31289,03	31289,03	B.171.	bezpłatny	0 zł
108	Burosumabum	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol.	05038903003915	2026-07-01	1 rok 6 miesięcy	1287.0, Burosumab	10099,00	10906,92	11561,34	11561,34	B.151.	bezpłatny	0 zł
109	Burosumabum	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol.	05038903003922	2026-07-01	1 rok 6 miesięcy	1287.0, Burosumab	20198,00	21813,84	23122,67	23122,67	B.151.	bezpłatny	0 zł
110	Burosumabum	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol.	05038903003939	2026-07-01	1 rok 6 miesięcy	1287.0, Burosumab	30297,00	32720,76	34684,01	34684,01	B.151.	bezpłatny	0 zł
111	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2026-07-01/<4>2026-10-01	<1>3 lata/<2><3><4>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
112	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2026-07-01/<4>2026-10-01	<1>3 lata/<2><3><4>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
113	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2025-07-01/<2><3>2026-07-01/<4>2026-10-01	<1><2>3 lata/<3><4>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
114	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
115	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
116	Capivasertibum	Truqap, tabl. powł., 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
117	Capivasertibum	Truqap, tabl. powł., 200 mg	64 szt.	05000456083126	2025-10-01	2 lata	1341.0, Kapiwasertyb	24334,64	26281,41	27858,30	27858,30	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
118	Caplaczumabum	Cablivi, proszek i roztwór do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strzyk.	05909991413385	2026-10-01	2 lata	1307.0, Kaplaczumab	14461,00	15617,88	16554,95	16554,95	B.164.	bezpłatny	0 zł
119	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
120	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
121	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
122	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	<1><2><3>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2026-01-01	<1><2><3><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
123	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
124	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05055565762707	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	300,00	324,00	343,44	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
125	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05055565762714	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
126	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05055565762721	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	900,00	972,00	1030,32	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
127	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 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
128	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 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
129	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 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
130	Cinacalcetum	Cinacalcet Polpharma, tabl. powł., 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
131	Cinacalcetum	Cinacalcet Polpharma, tabl. powł., 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
132	Cinacalcetum	Cinacalcet Polpharma, tabl. powł., 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
133	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
134	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
135	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
136	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powł., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2025-10-01	3 lata	1158.0, Kobimetynib	15000,00	16200,00	17172,00	17172,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
137	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
138	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
139	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
140	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
141	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2026-07-01	3 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	12357,00	13345,56	14146,29	14146,29	B.59.	bezpłatny	0 zł
142	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2026-07-01	3 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	2883,30	3113,96	3300,80	3300,80	B.59.	bezpłatny	0 zł
143	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2026-07-01	3 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	18535,50	20018,34	21219,44	21219,43	B.59.	bezpłatny	0 zł
144	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2026-07-01	3 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	4324,95	4670,95	4951,21	4951,20	B.59.	bezpłatny	0 zł
145	Danicopanum	Voydeya, tabl. powł., 100 mg	180 szt.	05391527740902	2025-10-01	2 lata	1338.0, Danikopan	26667,00	28800,36	30528,38	30528,38	B.96.	bezpłatny	0 zł
146	Danicopanum	Voydeya, tabl. powł., 50+100 mg	180 szt. (90 tabl. 50 mg + 90 tabl. 100 mg)	05391527740919	2025-10-01	2 lata	1338.0, Danikopan	20000,00	21600,00	22896,00	22896,00	B.96.	bezpłatny	0 zł
147	Daratumumabum	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)	1 fiol. 15 ml	05413868119596	<1>2026-10-01/<2>2025-07-01	<1>6 miesięcy/<2>2 lata	1187.0, Daratumumab	27113,80	29282,90	31039,88	31039,88	<1>B.54.; <2>B.145.	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
148	Darbopoetinum 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 erytropozę - darbopoetyna	126,00	136,08	144,24	117,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
149	Darbopoetinum 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 erytropozę - darbopoetyna	189,00	204,12	216,37	176,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
150	Darbopoetinum 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 erytropozę - darbopoetyna	252,00	272,16	288,49	235,00	B.37.	bezpłatny	0 zł
151	Darbopoetinum 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 erytropozę - darbopoetyna	315,00	340,20	360,61	293,74	B.37.	bezpłatny	0 zł
152	Darbopoetinum 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 erytropozę - darbopoetyna	378,00	408,24	432,73	352,49	B.37.	bezpłatny	0 zł
153	Darolutamidum	Nubeqa, tabl. powł., 300 mg	112 szt.	05908229303337	2026-07-01	2 lata	1241.0, Darolutamid	12000,00	12960,00	13737,60	13737,60	B.56.	bezpłatny	0 zł
154	Deutivacaftorum + Tezacaftorum + Vanzacaftorum	Alyftrek, tabl. powł., 125+50+10 mg	56 szt.	00351167178904	2026-10-01	2 lata	1216.4, Deutiwakaftor, tezakaftor, wanzakaftor	60000,00	64800,00	66960,00	66960,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
155	Deutivacaftorum + Tezacaftorum + Vanzacaftorum	Alyftrek, tabl. powł., 50+20+4 mg	84 szt.	00351167179000	2026-10-01	2 lata	1216.4, Deutiwakaftor, tezakaftor, wanzakaftor	60000,00	64800,00	66960,00	66960,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
156	Dexamethasonum	Ozurdex, implant doszkliskowy, 700 µg	1 implant doszkliskowy z aplikatorem	05909990796663	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1161.1, Deksametazon w postaci implantów do ciała szklistego	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	<1>B.70.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
157	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
158	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
159	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
160	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
161	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
162	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
163	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
164	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
165	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
166	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
167	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
168	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

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
169	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
170	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
171	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Reddy, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	04251958601955	2026-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,00	287,28	304,52	304,52	B.29.	bezpłatny	0 zł
172	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Reddy, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	04251958602013	2026-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,00	2299,32	2437,28	2437,28	B.29.	bezpłatny	0 zł
173	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
174	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
175	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
176	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
177	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
178	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
179	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
180	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
181	Dimethylis fumaras	Noroplex, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05901720140975	2026-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	260,00	280,80	297,65	297,65	B.29.	bezpłatny	0 zł
182	Dimethylis fumaras	Noroplex, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05901720140999	2026-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	B.29.	bezpłatny	0 zł
183	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
184	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
185	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
186	Dostarlimabum	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.	05909991449872	2026-07-01	2 lata	1280.0, Dostarlimab	24173,91	26107,82	27674,29	27674,29	B.148.	bezpłatny	0 zł
187	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 amp.-strzyk. po 1,14 ml	05909991404741	<1>2026-07-01/<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
188	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 wstrzykiwacze 1,14 ml	05909991490591	<1>2026-07-01/<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
189	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę	05909991341435	<1>2026-07-01/<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

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
190	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 wstrzyk. po 2 ml	05909991490614	<1>2026-07-01/<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
191	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	<1><2>2026-07-01/<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
192	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
193	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
194	Eculizumabum	Epysqli, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	08809593174202	2026-10-01	3 lata	1171.0, Ekulizumab	9512,00	10272,96	10889,34	10889,34	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
195	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
196	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444346	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	6980,00	7538,40	7990,70	2827,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
197	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444353	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	13960,00	15076,80	15981,41	5655,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
198	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444261	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1745,00	1884,60	1997,68	706,91	B.15.	bezpłatny	0 zł
199	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444360	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	20940,00	22615,20	23972,11	8482,92	B.15.	bezpłatny	0 zł
200	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 4000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444377	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	27920,00	30153,60	31962,82	11310,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
201	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444322	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3490,00	3769,20	3995,35	1413,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
202	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
203	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246488	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2160,00	2332,80	2472,77	2472,77	B.15.	bezpłatny	0 zł
204	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246495	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3240,00	3499,20	3709,15	3709,15	B.15.	bezpłatny	0 zł
205	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246501	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4320,00	4665,60	4945,54	4945,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
206	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246457	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	540,00	583,20	618,19	618,19	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
207	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246518	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	6480,00	6998,40	7418,30	7418,30	B.15.	bezpłatny	0 zł
208	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246464	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1080,00	1166,40	1236,38	1236,38	B.15.	bezpłatny	0 zł
209	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	2026-10-01	1 rok 6 miesięcy	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	B.15.	bezpłatny	0 zł
210	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	2026-10-01	1 rok 6 miesięcy	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	7780,00	8402,40	8906,54	8906,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
211	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	2026-10-01	1 rok 6 miesięcy	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	972,50	1050,30	1113,32	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
212	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	2026-10-01	1 rok 6 miesięcy	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	11670,00	12603,60	13359,82	13359,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
213	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	2026-10-01	1 rok 6 miesięcy	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1945,00	2100,60	2226,64	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
214	Elafibranor	Iqirvo, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	03582180003141	2026-10-01	2 lata	1368.0, Elafibranor	16340,00	17647,20	18706,03	18706,03	B.183.	bezpłatny	0 zł
215	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
216	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
217	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
218	Elranatamab	Elrexfix, 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
219	Elranatamab	Elrexfix, 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
220	Eltrombopagum	Eltrombopag Accord, tabl. powł., 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
221	Eltrombopagum	Eltrombopag Accord, tabl. powł., 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
222	Eltrombopagum	Eltrombopag Glenmark, tabl. powł., 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
223	Eltrombopagum	Eltrombopag Glenmark, tabl. powł., 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
224	Eltrombopagum	Eltrombopag Krka, tabl. powł., 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
225	Eltrombopagum	Eltrombopag Krka, tabl. powł., 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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
226	Eltrombopagum	Eltrombopag MSN, tabl. powł., 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
227	Eltrombopagum	Eltrombopag MSN, tabl. powł., 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
228	Eltrombopagum	Eltrombopag Polpharma, tabl. powł., 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
229	Eltrombopagum	Eltrombopag Polpharma, tabl. powł., 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
230	Eltrombopagum	Eltrombopag Stada, tabl. powł., 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
231	Eltrombopagum	Eltrombopag Stada, tabl. powł., 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
232	Eltrombopagum	Eltrombopag Stada, tabl. powł., 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
233	Eltrombopagum	Eltrombopag Viatris, tabl. powł., 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
234	Eltrombopagum	Eltrombopag Viatris, tabl. powł., 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
235	Eltrombopagum	Eltrombopag Zentiva, tabl. powł., 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
236	Eltrombopagum	Eltrombopag Zentiva, tabl. powł., 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
237	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2026-01-01/<2>2025-04-01	<1><2>2 lata/<3>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2979,84	3218,23	3411,32	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
238	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2026-01-01/<2>2025-04-01	<1><2>2 lata/<3>3 lata	1172.0, Eltrombopag	5959,68	6436,45	6822,64	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
239	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
240	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
241	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
242	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
243	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
244	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
245	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	<1>2026-10-01/<2>2026-04-01/<3>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata/<3>3 lata	1213.0, Enkorafenib	5700,23	6156,25	6525,62	6525,62	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.59.	bezpłatny	0 zł
246	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

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
247	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
248	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 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
249	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 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
250	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05906414003123	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	250,00	270,00	286,20	85,86	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
251	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05906414003130	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	500,00	540,00	572,40	171,72	B.1.	bezpłatny	0 zł
252	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05055565742532	2024-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	195,00	210,60	223,24	85,86	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
253	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 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
254	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powł., 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
255	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powł., 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
256	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
257	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
258	Enzalutamidum	Xtandi, tabl. powł., 40 mg	112 szt.	05909991415242	2026-07-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	9234,00	9972,72	10571,08	10571,08	B.56.	bezpłatny	0 zł
259	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
260	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
261	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
262	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
263	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
264	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
265	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

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	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
267	Eptinezumabum	Vyepti, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05702150155085	2026-10-01	2 lata	1335.0, Eptinezumab	3800,00	4104,00	4350,24	4350,24	B.133.	bezpłatny	0 zł
268	Erdafitinibum	Balversa, tabl. powł., 3 mg	84 szt.	05413868125771	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdafitynib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
269	Erdafitinibum	Balversa, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05413868125764	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdafitynib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
270	Erdafitinibum	Balversa, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05413868125757	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdafitynib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
271	Erenumabum	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 wstrzykiwacz	07613421024604	2026-07-01	2 lata	1245.0, Erenumab	1237,93	1336,96	1417,19	1417,19	B.133.	bezpłatny	0 zł
272	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
273	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
274	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
275	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	2026-10-01	3 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	484,50	523,26	554,66	554,66	B.33.	bezpłatny	0 zł
276	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	2026-10-01	3 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	920,00	993,60	1053,22	1053,22	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
277	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
278	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
279	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
280	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
281	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
282	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
283	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
284	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
285	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
286	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
287	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
288	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
289	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
290	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
291	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
292	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
293	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
294	Fedratinibum	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg	120 szt.	07640133688596	2026-10-01	2 lata	1247.0, Fedratynib	14158,06	15290,70	16208,14	16208,14	B.81.	bezpłatny	0 zł
295	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
296	Filgotinibum	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	08020030001428	2025-04-01	2 lata	1276.0, Filgotynib	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	<1>B.33.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
297	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
298	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
299	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
300	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
301	Fingolimodum	Fingolimod +pharma, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05901720140647	2026-07-01	3 lata	1105.0, Fingolimod	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
302	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
303	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
304	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

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	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
306	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
307	Fingolimodum	Fingolimod Sun, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991438807	2026-10-01	3 lata	1105.0, Fingolimod	1860,00	2008,80	2129,33	2129,33	B.29.	bezpłatny	0 zł
308	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
309	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
310	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
311	Foslevodopum + Foscarbidopum	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml	7 fiol. po 10 ml	08054083025162	2026-07-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2498,94	B.90.	bezpłatny	0 zł
312	Fremanezumabum	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg	1 amp.-strzyk.	05909991396497	2026-07-01	2 lata 6 miesięcy	1246.0, Fremanezumab	1719,50	1857,06	1968,48	1968,48	B.133.	bezpłatny	0 zł
313	Fruqintinibum	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
314	Fruqintinibum	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
315	Gemtuzumabum ozogamicinum	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol. 5 mg proszku	05415062328576	2026-10-01	1 rok 6 miesięcy	1251.0, Gemtuzumab ozogamycyny	25611,30	27660,20	29319,82	29319,82	B.114.	bezpłatny	0 zł
316	Gilteritinibi fumaras	Xospata, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909991426460	2026-10-01	3 lata	1250.0, Gilterytynib	74000,00	79920,00	82080,00	82080,00	B.114.	bezpłatny	0 zł
317	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
318	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
319	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
320	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powł., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	45239,04	48858,16	51018,16	51018,16	B.71.	bezpłatny	0 zł
321	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
322	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
323	Glucarpidasum	Voraxaze, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 jednostek	1 fiolka proszku	05060311320223	2026-10-01	2 lata	1364.0, Glukarpidaza	99960,00	107956,80	110116,80	110116,80	B.181.	bezpłatny	0 zł
324	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
325	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2026-10-01	3 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2567,00	2772,36	2938,70	2938,70	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
326	Guselkumabum	Tremfya, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05413868126143	2026-10-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	12568,50	13573,98	14388,42	14388,42	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
327	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2026-10-01	3 lata	1212.0, Guselkumab	6284,25	6786,99	7194,21	7194,21	B.47.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
328	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413868126013	2026-10-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	6284,25	6786,99	7194,21	7194,21	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
329	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
330	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 2 ml	05413868126150	2026-10-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	12568,50	13573,98	14388,42	14388,42	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
331	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml	2 wstrzykiwacze 2 ml	05413868126815	2026-10-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	25137,00	27147,96	28776,84	28776,84	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
332	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05413868117011	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	7676,00	8290,08	8787,48	8787,48	B.12.FM.; B.79.	bezpłatny	0 zł
333	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 280 mg	30 szt.	05413868117028	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	15352,00	16580,16	17574,97	17574,96	B.12.FM.; B.79.	bezpłatny	0 zł
334	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 420 mg	30 szt.	05413868117035	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	23028,00	24870,24	26362,45	26362,44	B.12.FM.; B.79.	bezpłatny	0 zł
335	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 560 mg	30 szt.	05413868117042	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	30704,00	33160,32	35149,94	35149,92	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
336	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
337	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
338	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
339	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
340	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
341	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
342	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
343	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
344	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
345	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
346	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	2026-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	520,00	561,60	595,30	595,30	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
347	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	2026-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1040,00	1123,20	1190,59	1190,59	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
348	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	2026-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
349	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	2026-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	260,00	280,80	297,65	297,65	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
350	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	<1>2026-07-01/<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
351	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	<1>2026-07-01/<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
352	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	<1>2026-07-01/<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
353	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	<1>2026-07-01/<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
354	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	<1>2026-07-01/<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
355	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
356	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
357	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
358	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
359	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
360	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
361	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
362	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
363	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
364	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
365	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
366	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
367	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
368	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
369	Inclisiranum	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 284 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	07613421047276	2025-10-01	2 lata	1261.0, Inkisiran	9999,00	10798,92	11446,86	11446,86	B.101.	bezpłatny	0 zł
370	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	<1><2><3><4> <6>2026-07-01/<5>2025-07-01	<1><6>2 lata/<2><3><4> <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
371	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
372	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
373	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
374	Infliximabum	Remsima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 2,5 ml	05996537037051	2026-10-01	<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
375	Infliximabum	Remsima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 8,75 ml	05996537038065	2026-10-01	<1><6>2 lata/<2><3><4> <5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	1820,00	1965,60	2083,54	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
376	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
377	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
378	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
379	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
380	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
381	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
382	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
383	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909990872442	<1>2026-07-01/<2>2026-04-01/<3>2025-01-01/<4>2026-07-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><5><6>2 lata/<4>3 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
384	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol. po 40 ml	05909990872459	<1>2026-07-01/<2>2026-04-01/<3>2025-01-01/<4>2026-07-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><5><6>2 lata/<4>3 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
385	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
386	Isatuximabum	Sarcclisa, 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
387	Isatuximabum	Sarcclisa, 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
388	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	00351167136201	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
389	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2025-07-01	3 lata	1216.0, Iwakaftor	40812,00	44076,96	46236,96	46236,96	B.112.	bezpłatny	0 zł
390	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
391	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	00351167144503	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
392	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
393	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
394	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 125+100 mg	56 sasz.	00351167131701	2026-10-01	3 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	39472,00	42629,76	44789,76	44789,76	B.112.	bezpłatny	0 zł
395	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 188+150 mg	56 sasz.	00351167131800	2026-10-01	3 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	39472,00	42629,76	44789,76	44789,76	B.112.	bezpłatny	0 zł
396	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 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
397	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 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
398	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powł., 37,5+25+50 mg	56 szt.	00351167149409	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
399	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
400	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
401	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powł., 75+50+100 mg	56 szt.	00351167143902	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
402	Ivosidenibum	Tibsovo, tabl. powł., 250 mg	60 szt.	03664898120737	2025-01-01	2 lata	1317.0, Iwosydenib	47048,13	50811,98	52971,98	52971,98	B.114.	bezpłatny	0 zł
403	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2026-10-01	3 lata	1222.0, Iksazomib	14520,00	15681,60	16622,50	12743,92	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
404	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2026-10-01	3 lata	1222.0, Iksazomib	14520,00	15681,60	16622,50	16622,50	B.54.	bezpłatny	0 zł
405	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2026-10-01	3 lata	1222.0, Iksazomib	14520,00	15681,60	16622,50	16622,50	B.54.	bezpłatny	0 zł
406	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	2026-10-01	3 lata	1184.0, Iksekizumab	6779,12	7321,45	7760,74	7760,74	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82.	bezpłatny	0 zł
407	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powł., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2025-04-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	157,13	169,70	179,88	179,88	B.113.	bezpłatny	0 zł
408	Lamivudinum	Lamivudine Aurovitas, tabl. powł., 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
409	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2025-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	99,54	107,50	113,95	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
410	Lanadelumabum	Takhyzo, 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
411	Lanadelumabum	Takhyzo, 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
412	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
413	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
414	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
415	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
416	Lazertinib	Lazcluze, tabl. powł., 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
417	Lazertinib	Lazcluze, tabl. powł., 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
418	Lebrikizumabum	Ebglyss, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg	1 amp.-strzyk. 2 ml	08430308134091	2025-07-01	2 lata	1331.0, Lebrykizumab	4300,00	4644,00	4922,64	4922,64	B.124.	bezpłatny	0 zł
419	Letermovirum	Prevymis, tabl. powł., 240 mg	28 szt.	00191778018905	2026-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	18000,00	19440,00	20606,40	20606,40	B.132.	bezpłatny	0 zł
420	Letermovirum	Prevymis, tabl. powł., 480 mg	28 szt.	00191778018899	2026-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	36000,00	38880,00	41040,00	41040,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
421	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	7 kasetek po 100 ml	05909990419135	2026-07-01	3 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2939,93	B.90.	bezpłatny	0 zł
422	Levodopum + Carbidopum + Entacaponum	Lecigon, żel do podania dojelitowego, (20 mg + 5 mg + 20 mg) /ml	7 wkładów po 47 ml	05909991474553	2026-07-01	2 lata	1162.1, Lewodopa, karbidopa, entakapon	2568,08	2773,53	2939,93	2939,93	B.90.	bezpłatny	0 zł
423	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
424	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
425	L-kamityna	L-kamityna, proszek, 1 g	50 sasz.	5016533045017	2024-04-01	3 lata	1205.0, L-Kamityna	1920,08	2016,08	2137,04	2137,04	B.109.	bezpłatny	0 zł
426	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
427	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
428	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
429	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 tezyriny	60000,00	64800,00	66960,00	66960,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
430	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05415062343531	2025-10-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	18155,16	19607,57	20784,03	20784,03	B.6.	bezpłatny	0 zł
431	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 25 mg	90 szt.	05415062348147	2025-10-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	13616,37	14705,68	15588,02	15588,02	B.6.	bezpłatny	0 zł
432	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
433	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	1 fiol.	07640133688244	2025-07-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropozę - luspatercept	6577,10	7103,27	7529,47	7529,47	B.142.	bezpłatny	0 zł
434	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg	1 fiol.	07640133688251	2025-07-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropozę - luspatercept	19731,30	21309,80	22588,39	22588,39	B.142.	bezpłatny	0 zł
435	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
436	Macitentanum	Opsumit, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	07640111931133	2026-01-01	3 lata	1139.0, Macytentan	7137,43	7708,42	8170,93	8170,93	B.31.	bezpłatny	0 zł
437	Maralixibatam	Livmarli, roztwór doustny, 9,5 mg/ml	30 ml	08720696500012	2025-07-01	2 lata	1334.0, Maraliksibat	101642,15	109773,52	111933,52	111933,52	B.175.	bezpłatny	0 zł
438	Maribavirum	Livtency, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	07038319161382	2025-04-01	2 lata	1321.0, Maribawir	22752,98	24573,22	26047,61	26047,61	B.168.	bezpłatny	0 zł
439	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	08027950800742	2026-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	7250,00	7830,00	8299,80	8299,80	B.162.	bezpłatny	0 zł
440	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	08027950800759	2026-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	7250,00	7830,00	8299,80	8299,80	B.162.	bezpłatny	0 zł
441	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	08027950800728	2026-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	7250,00	7830,00	8299,80	8299,80	B.162.	bezpłatny	0 zł
442	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	08027950800735	2026-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	7250,00	7830,00	8299,80	8299,80	B.162.	bezpłatny	0 zł
443	Mecaserninum	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
444	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampulko-strzykawka	05909991407148	2026-10-01	2 lata	1167.0, Mepolizumab	3120,00	3369,60	3571,78	3571,78	<1>B.44.; <2>B.75.; <3>B.156.; <4>B.169.	bezpłatny	0 zł
445	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	2026-10-01	2 lata	1167.0, Mepolizumab	3120,00	3369,60	3571,78	3571,78	<1>B.44.; <2>B.75.; <3>B.156.; <4>B.169.	bezpłatny	0 zł
446	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
447	Mercaptamini hydrochloridum	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml	1 fiol. 5 ml	036635020000274	2025-01-01	2 lata	1084.2, Cysteamina do oczu	4420,00	4773,60	5060,02	5060,02	B.61.	bezpłatny	0 zł
448	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
449	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
450	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
451	Mirikizumabum	OmvoH, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 100 mg 1 wstrzykiwacz 200 mg	05907677973321	2026-10-01	2 lata	1319.0, Mirikizumab	9000,00	9720,00	10303,20	6868,80	B.32.	bezpłatny	0 zł
452	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
453	Mirikizumabum	OmvoH, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg/15 ml	1 fiol. 15 ml	05999885490202	<1>2026-10-01/<2>2025-01-01	2 lata	1319.0, Mirikizumab	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	<1>B.32.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
454	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
455	Mogamulizumabum	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05038903004233	2026-10-01	2 lata	1300.0, Mogamulizumab	4958,00	5354,64	5675,92	5675,92	B.66.	bezpłatny	0 zł
456	Momelotinibum	Omijara, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991526177	2025-10-01	2 lata	1342.0, Momelotynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
457	Momelotinibum	Omijara, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909991526184	2025-10-01	2 lata	1342.0, Momelotynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
458	Momelotinibum	Omijara, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909991526191	2025-10-01	2 lata	1342.0, Momelotynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
459	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. po 1 ml	07613326061001	2026-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	905,47	977,91	1036,58	1036,58	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
460	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. po 30 ml	07613326061087	2026-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	27163,96	29337,08	31097,30	31097,30	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
461	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
462	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
463	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
464	Nintedanibum	Nintedanib Accord, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05055565798850	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	2600,00	2808,00	2976,48	2869,63	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
465	Nintedanibum	Nintedanib Accord, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05055565798867	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	3900,00	4212,00	4464,72	4304,45	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
466	Nintedanibum	Nintedanib Accordpharma, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991570125	2026-07-01	3 lata	1178.0, Nintedanib - 2	5200,00	5616,00	5952,96	5952,96	B.6.	bezpłatny	0 zł
467	Nintedanibum	Nintedanib Accordpharma, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991570118	2026-07-01	3 lata	1178.0, Nintedanib - 2	2600,00	2808,00	2976,48	2976,48	B.6.	bezpłatny	0 zł
468	Nintedanibum	Nintedanib Accordpharma, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991570156	2026-07-01	3 lata	1178.0, Nintedanib - 2	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	B.6.	bezpłatny	0 zł
469	Nintedanibum	Nintedanib Eugia, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991570620	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	2900,00	3132,00	3319,92	2869,63	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
470	Nintedanibum	Nintedanib Eugia, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991570668	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	4000,00	4320,00	4579,20	4304,45	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
471	Nintedanibum	Nintedanib Sandoz, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991566746	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	2520,00	2721,60	2884,90	2869,63	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
472	Nintedanibum	Nintedanib Sandoz, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991566753	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	3780,00	4082,40	4327,34	4304,45	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
473	Nintedanibum	Nintedanib Stada, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991532154	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	3273,75	3535,65	3747,79	2869,63	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
474	Nintedanibum	Nintedanib Stada, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991532178	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	4910,62	5303,47	5621,68	4304,45	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
475	Nintedanibum	Nintedanib Teva, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991538415	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	3100,00	3348,00	3548,88	2869,63	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
476	Nintedanibum	Nintedanib Teva, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991538446	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	4890,00	5281,20	5598,07	4304,45	<1>B.87.; <2>B.135.	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
477	Nintedanibum	Nintedanib Viatris, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05901797711382	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	3256,00	3516,48	3727,47	2869,63	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
478	Nintedanibum	Nintedanib Viatris, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05901797711399	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	4884,00	5274,72	5591,20	4304,45	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
479	Nintedanibum	Nintedanib Zentiva, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991532086	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	2520,00	2721,60	2884,90	2869,63	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
480	Nintedanibum	Nintedanib Zentiva, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991532109	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	3760,00	4060,80	4304,45	4304,45	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
481	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	2869,63	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
482	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	4304,45	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
483	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2025-01-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	9021,41	9743,12	10327,71	5952,96	B.6.	bezpłatny	0 zł
484	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2025-01-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	8600,00	9288,00	9845,28	4464,72	B.6.	bezpłatny	0 zł
485	Niraparibum	Zejula, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991515201	2026-10-01	1 rok	1236.0, Niraparyb	17150,00	18522,00	19633,32	19633,32	B.50.	bezpłatny	0 zł
486	Niraparibum	Zejula, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991515218	2026-10-01	1 rok	1236.0, Niraparyb	25725,00	27783,00	29449,98	29449,98	B.50.	bezpłatny	0 zł
487	Niraparyb + Abirateron	Akeega, tabl. powł., 100 + 500 mg	56 szt.	05413868122459	2025-01-01	2 lata	1236.1, Niraparyb + Octan abirateronu	21163,50	22856,58	24227,97	24227,97	B.56.	bezpłatny	0 zł
488	Niraparyb + Abirateron	Akeega, tabl. powł., 50 + 500 mg	56 szt.	05413868122442	2025-01-01	2 lata	1236.1, Niraparyb + Octan abirateronu	21163,50	22856,58	24227,97	24227,97	B.56.	bezpłatny	0 zł
489	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
490	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
491	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
492	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
493	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991220518	<1><3>2026-07-01/<2><4><5><6><7> <8><9>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
494	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 4 ml	05909991220501	<1><3>2026-07-01/<2><4><5><6><7> <8><9>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
495	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
496	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057207	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2397,84	2589,67	2745,05	2745,05	B.15.	bezpłatny	0 zł
497	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057221	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	4795,68	5179,33	5490,09	5490,09	B.15.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
498	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057184	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	599,46	647,42	686,26	686,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
499	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057191	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1198,92	1294,83	1372,53	1372,53	B.15.	bezpłatny	0 zł
500	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
501	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 28 mg	1 fiol. 5 ml	05713219599863	2026-10-01	2 lata 6 miesięcy	1185.0, Nusinersen	279087,20	301414,18	303574,18	303574,18	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
502	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 fiol. 5 ml	05713219599702	2026-10-01	2 lata 6 miesięcy	1185.0, Nusinersen	498370,00	538239,60	540399,60	540399,60	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
503	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2026-10-01/<2>2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1148.0, Obinutuzumab	9700,00	10476,00	11104,56	11104,56	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
504	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
505	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
506	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909990224340	2024-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2470,00	2667,60	2827,66	2827,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
507	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224357	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3705,00	4001,40	4241,48	4241,46	B.15.	bezpłatny	0 zł
508	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697441	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4940,00	5335,20	5655,31	5655,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
509	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224302	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	617,50	666,90	706,91	706,91	B.15.	bezpłatny	0 zł
510	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697458	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7410,00	8002,80	8482,97	8482,92	B.15.	bezpłatny	0 zł
511	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224333	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1235,00	1333,80	1413,83	1413,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
512	Odevixibat	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odeviksybat	61258,68	66159,37	68319,37	68319,37	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
513	Odevixibat	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odeviksybat	10209,78	11026,56	11688,16	11688,16	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
514	Odevixibat	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odeviksybat	20419,56	22053,12	23376,31	23376,31	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
515	Odevixibat	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odeviksybat	30629,34	33079,69	35064,47	35064,47	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
516	Odevixibat	Kayfanda, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	03582180003318	2026-07-01	2 lata	1357.0, Odeviksybat	61258,68	66159,37	68319,37	68319,37	B.175.	bezpłatny	0 zł
517	Odevixibat	Kayfanda, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	03582180003288	2026-07-01	2 lata	1357.0, Odeviksybat	10209,78	11026,56	11688,16	11688,16	B.175.	bezpłatny	0 zł
518	Odevixibat	Kayfanda, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	03582180003295	2026-07-01	2 lata	1357.0, Odeviksybat	20419,56	22053,12	23376,31	23376,31	B.175.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
519	Odevixibat	Kayfanda, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	03582180003301	2026-07-01	2 lata	1357.0, Odewiksybat	30629,34	33079,69	35064,47	35064,47	B.175.	bezpłatny	0 zł
520	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
521	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05000456031325	2025-10-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	7449,52	8045,48	8528,21	8528,21	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.; <5>B.148.	bezpłatny	0 zł
522	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05000456031318	2025-10-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	7449,52	8045,48	8528,21	8528,21	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.; <5>B.148.	bezpłatny	0 zł
523	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
524	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
525	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
526	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
527	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
528	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
529	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
530	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
531	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
532	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
533	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
534	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
535	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
536	Omaveloxolonom	Skyclarys, kaps. twarde, 50 mg	90 szt.	00373179500443	2025-07-01	2 lata	1333.0, Omaweloksolon	99703,11	107679,36	109839,36	109839,36	B.174.	bezpłatny	0 zł
537	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
538	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
539	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
540	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
541	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
542	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
543	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
544	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
545	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
546	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
547	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
548	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
549	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
550	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
551	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
552	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
553	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
554	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	5 fiol. 8,3 ml	05397227701175	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
555	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	6 fiol. 8,3 ml	05397227702820	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
556	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	7 fiol. 8,3 ml	05397227702851	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
557	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	8 fiol. 8,3 ml	05397227702882	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
558	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	9 fiol. 8,3 ml	05397227702912	2026-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
559	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2025-10-01	1 rok 3 miesiące	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	13165,20	B.6.	bezpłatny	0 zł
560	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2025-10-01	1 rok 3 miesiące	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
561	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

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
562	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
563	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
564	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
565	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
566	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
567	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
568	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
569	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
570	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
571	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
572	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
573	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
574	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
575	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
576	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
577	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
578	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
579	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
580	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
581	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
582	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	<1><3><4><6><8> <9><10><11>2026-07-01/<2><5><7>2026-10-01	<1><4><6>3 lata/<2><3><5><7><8><9><10><11>2 lata	1143.0, Pembrolizumab	9936,08	10730,97	11374,82	11374,82	<1>B.4.; <2>B.5.; <3>B.6.; <4>B.9.FM.; <5>B.10.; <6>B.52.; <7>B.58.; <8>B.59.; <9>B.141.FM.; <10>B.148.; <11>B.159.	bezpłatny	0 zł
583	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
584	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
585	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
586	Pentozanu wielosiarcznan sodowy	Elmiron, kaps.twarde, 100 mg	90 szt.	04260078520176	2026-01-01	2 lata	1348.0, Polisiarcznan pentozanu sodu	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	B.178.	bezpłatny	0 zł
587	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
588	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
589	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
590	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
591	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991497118	2026-10-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1980,00	2138,40	2266,70	2266,70	B.87.	bezpłatny	0 zł
592	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05909991497125	2026-10-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	495,00	534,60	566,68	566,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
593	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991497156	2026-10-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1980,00	2138,40	2266,70	2266,70	B.87.	bezpłatny	0 zł
594	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991494223	2026-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1980,00	2138,40	2266,70	2266,70	B.87.	bezpłatny	0 zł
595	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
596	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991494230	2026-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1980,00	2138,40	2266,70	2266,70	B.87.	bezpłatny	0 zł
597	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
598	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
599	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
600	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
601	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

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
602	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	07613421107291	2026-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
603	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
604	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
605	Polihexanidum	Akantior, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 0,8 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	08027864000580	2026-07-01	2 lata	1356.0, Poliheksanid	29589,89	31957,08	33874,50	33874,50	B.179.	bezpłatny	0 zł
606	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2025-07-01	3 lata	1207.0, Ponatynib	17138,36	18509,43	19619,99	19619,99	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
607	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2025-07-01	3 lata	1207.0, Ponatynib	17138,36	18509,43	19619,99	19619,99	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
608	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	03760250441806	2025-04-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
609	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	05413868120363	2025-01-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
610	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	03760250441813	2025-04-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
611	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05413868120370	2025-01-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
612	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
613	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
614	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
615	Ranibizumab	Ranivisio, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 0,23 ml	04260764190058	2026-07-01	3 lata	1134.0, Ranibizumab	1080,00	1166,40	1236,38	1236,38	B.70.	bezpłatny	0 zł
616	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
617	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	1236,38	B.70.	bezpłatny	0 zł
618	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
619	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
620	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powł., 200 mg	42 szt.	07613421186548	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1195.0, Rybocyklib	6337,85	6844,88	7255,57	7255,57	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
621	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powł., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2024-10-01	2 lata 9 miesięcy	1195.0, Rybocyklib	9506,78	10267,32	10883,37	10883,36	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
622	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	1439,30	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
623	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1 mg	42 szt.	05908229300336	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	2878,60	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
624	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
625	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2 mg	42 szt.	05908229300398	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
626	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
627	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
628	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
629	Risdiplamum	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml	1 but. po 80 ml	07613326029896	2026-10-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	30492,86	32932,29	34908,22	34908,22	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
630	Risdiplamum	Evrysdi, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	07613326078528	2026-01-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	71150,00	76842,00	79002,00	79002,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
631	Ritlecitinibum	Litfulo, kaps.twarde, 50 mg	30 szt.	05415062109823	2025-07-01	2 lata	1330.0, Ritlecetynib	3202,00	3458,16	3665,65	3665,65	B.173.	bezpłatny	0 zł
632	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
633	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
634	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
635	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
636	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
637	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
638	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	<1>2025-07-01/<2>2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1206.0, Romiplostym	1043,00	1126,44	1194,03	1194,03	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
639	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>2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1206.0, Romiplostym	2086,00	2252,88	2388,05	2388,05	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
640	Romosozumabum	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
641	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 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
642	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
643	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 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
644	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 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
645	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 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
646	Rozanolixizumabum	Rystiggo, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 fiol. 2 ml	05413787222551	2026-07-01	2 lata	1359.0, Rozanoliksyzumab	34357,27	37105,85	39265,85	38565,29	B.157.	bezpłatny	0 zł
647	Rozanolixizumabum	Rystiggo, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 fiol. 3 ml	05413787222780	2026-07-01	2 lata	1359.0, Rozanoliksyzumab	51562,90	55687,93	57847,93	57847,93	B.157.	bezpłatny	0 zł
648	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	04150152358903	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
649	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powł., 250 mg	60 szt.	04150152359153	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
650	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	04150152359214	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
651	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 recombinante	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
652	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	00642621067132	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
653	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067101	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
654	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	07038319157040	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
655	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067118	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
656	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
657	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
658	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
659	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
660	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
661	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
662	Sekuikumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991203832	2026-01-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1180.0, Sekuikumab	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
663	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
664	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
665	Seladelpar	Lyvelzi, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05391507148452	2026-10-01	2 lata	1367.0, Seladelpar	17000,00	18360,00	19461,60	19461,60	B.183.	bezpłatny	0 zł
666	Selexipagum	Selexipag Polpharma, tabl. powł., 1000 µg	60 szt.	05903060633469	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
667	Selexipagum	Selexipag Polpharma, tabl. powł., 1200 µg	60 szt.	05903060633476	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
668	Selexipagum	Selexipag Polpharma, tabl. powł., 1400 µg	60 szt.	05903060633483	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
669	Selexipagum	Selexipag Polpharma, tabl. powł., 1600 µg	60 szt.	05903060633490	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
670	Selexipagum	Selexipag Polpharma, tabl. powł., 200 µg	140 szt.	05903060633421	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	17966,00	19403,28	20567,48	20567,48	B.31.	bezpłatny	0 zł
671	Selexipagum	Selexipag Polpharma, tabl. powł., 200 µg	60 szt.	05903060633414	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
672	Selexipagum	Selexipag Polpharma, tabl. powł., 400 µg	60 szt.	05903060633438	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
673	Selexipagum	Selexipag Polpharma, tabl. powł., 600 µg	60 szt.	05903060633445	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
674	Selexipagum	Selexipag Polpharma, tabl. powł., 800 µg	60 szt.	05903060633452	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
675	Selexipagum	Selexipag Stada, tabl. powł., 1000 µg	60 szt.	05909991593032	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
676	Selexipagum	Selexipag Stada, tabl. powł., 1200 µg	60 szt.	05909991593049	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
677	Selexipagum	Selexipag Stada, tabl. powł., 1400 µg	60 szt.	05909991593056	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
678	Selexipagum	Selexipag Stada, tabl. powł., 1600 µg	60 szt.	05909991593063	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
679	Selexipagum	Selexipag Stada, tabl. powł., 200 µg	140 szt.	05909991592998	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	17966,00	19403,28	20567,48	20567,48	B.31.	bezpłatny	0 zł
680	Selexipagum	Selexipag Stada, tabl. powł., 200 µg	60 szt.	05909991592981	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
681	Selexipagum	Selexipag Stada, tabl. powł., 400 µg	60 szt.	05909991593001	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
682	Selexipagum	Selexipag Stada, tabl. powł., 600 µg	60 szt.	05909991593018	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
683	Selexipagum	Selexipag Stada, tabl. powł., 800 µg	60 szt.	05909991593025	2026-10-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	7700,00	8316,00	8814,96	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
684	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
685	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
686	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
687	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
688	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	24593,33	26560,80	28154,44	20567,48	B.31.	bezpłatny	0 zł
689	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
690	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	8814,63	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
691	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2026-04-01	3 lata	1217.0, Selekspag	10540,00	11383,20	12066,19	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
692	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2026-04-01	3 lata	1217.0, Selekspag	10540,00	11383,20	12066,19	8814,63	B.31.	bezpłatny	0 zł
693	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
694	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
695	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
696	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
697	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
698	Sildenafili citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2026-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	50,00	54,00	57,24	57,24	B.31.	bezpłatny	0 zł
699	Sildenafilum	Granpidam, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05055565731932	2025-10-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	190,00	205,20	217,51	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
700	Sildenafilum	Remidia, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060610545	2025-07-01	5 lat	1076.0, Sildenafilum	90,00	97,20	103,03	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
701	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
702	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991355715	2024-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	45,00	48,60	51,52	51,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
703	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. po 8 ml	05060146292276	2026-07-01	3 lata	1243.0, Siltuksymab	1837,53	1984,53	2103,60	2103,60	B.131.	bezpłatny	0 zł
704	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. po 30 ml	05060146292481	2026-07-01	3 lata	1243.0, Siltuksymab	7350,11	7938,12	8414,41	8414,41	B.131.	bezpłatny	0 zł
705	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 0,25 mg	12 szt.	07613421024598	2025-01-01	2 lata	1258.0, Siponimod	660,00	712,80	755,57	377,78	B.29.	bezpłatny	0 zł
706	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 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
707	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	07613421024581	2025-01-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	7051,97	B.29.	bezpłatny	0 zł
708	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Epclusa, tabl. powł., 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
709	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powł., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2025-07-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuwir, velpataswir, woksylaprewir	42843,00	46270,44	48430,44	48430,44	B.71.	bezpłatny	0 zł
710	Somatogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 24 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388037	2026-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	641,52	692,84	734,41	734,41	B.19.	bezpłatny	0 zł
711	Somatogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 60 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388044	2026-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	1603,80	1732,10	1836,03	1836,03	B.19.	bezpłatny	0 zł
712	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

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
713	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
714	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1>2026-07-01/<2><3><4>2025-07-01/<5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<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
715	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1>2026-07-01/<2><3><4>2025-07-01/<5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<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
716	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
717	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
718	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
719	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
720	Sotorasibum	Lumykras, tabl. powł., 240 mg	120 szt.	08715131029081	2025-10-01	2 lata	1282.0, Sotorasib	29998,00	32397,84	34341,71	34341,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
721	Spesolimabum	Spevigo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 amp.-strzyk.	05909991537425	2026-07-01	2 lata	1358.0, Spesolimab	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.47.	bezpłatny	0 zł
722	Spesolimabum	Spevigo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 450 mg	2 fiolki	05909991498924	2026-07-01	2 lata	1358.0, Spesolimab	69000,00	74520,00	76680,00	76680,00	B.47.	bezpłatny	0 zł
723	Tafamidisum	Vyndaqel, kaps. miękkie, 61 mg	30 szt.	05415062359426	2026-07-01	2 lata	1302.0, Tafamidis	30000,00	32400,00	34344,00	34344,00	B.162.	bezpłatny	0 zł
724	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
725	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
726	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
727	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
728	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
729	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
730	Tebentafuspum	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml	1 fiol. po 0,5 ml	05056416800036	2026-07-01	2 lata	1304.0, Tebentafusp	41057,87	44342,50	46502,50	46502,50	B.163.FM.	bezpłatny	0 zł
731	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 3 ml	05413868121575	2026-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	3700,00	3996,00	4235,76	4235,76	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
732	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg/ml	1 fiol. 1,7 ml	05413868121582	2026-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	18870,00	20379,60	21602,38	21602,38	B.54.	bezpłatny	0 zł
733	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
734	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
735	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05909991379704	2026-10-01	3 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	115,00	124,20	131,65	131,65	B.1.; B.106.	bezpłatny	0 zł
736	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Viatris, tabl. powł., 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
737	Teriflunomidum	Aregalu, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	03838989753306	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
738	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2026-07-01	3 lata	1159.0, Teryflunomid	2077,50	2243,70	2378,32	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
739	Teriflunomidum	Boxarid, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05997001335277	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
740	Teriflunomidum	Bozilos, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05995327186870	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
741	Teriflunomidum	Clefirem, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05397313000182	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
742	Teriflunomidum	Terebyo, tabl. powł., 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
743	Teriflunomidum	Teriflunomid Adamed, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05900411011495	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
744	Teriflunomidum	Teriflunomide +pharma, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991516994	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	800,00	864,00	915,84	915,84	B.29.	bezpłatny	0 zł
745	Teriflunomidum	Teriflunomide Accord, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05055565791189	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
746	Teriflunomidum	Teriflunomide Aurovitas, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05907394784057	2026-01-01	3 lata	1159.0, Teryflunomid	775,00	837,00	887,22	887,22	B.29.	bezpłatny	0 zł
747	Teriflunomidum	Teriflunomide Glenmark, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991527778	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
748	Teriflunomidum	Teriflunomide MSN, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991517175	2025-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
749	Teriflunomidum	Teriflunomide Neuraxpharm, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991537340	2025-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	780,00	842,40	892,94	892,94	B.29.	bezpłatny	0 zł
750	Teriflunomidum	Teriflunomide Zentiva, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991515188	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
751	Teriflunomidum	Tifay, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991526085	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
752	Teriflunomidum	Tifay, tabl. powł., 14 mg	84 szt.	05909991526092	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2430,00	2624,40	2781,86	2781,86	B.29.	bezpłatny	0 zł
753	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg	1 amp.-strzyk.	05000456076166	2026-10-01	1 rok 9 miesięcy	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
754	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 210 mg	1 wstrz. po 1,91 ml	05000456075725	2026-10-01	1 rok 9 miesięcy	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
755	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 ⁶ – 6 x 10 ⁸ komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	<1>2026-07-01/<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

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
756	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
757	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
758	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
759	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
760	Tocilizumabum	Avtozma, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 wstrzyk.	05996537025096	2026-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1106.0, Tocilizumab	1995,84	2155,51	2284,84	2284,84	<1>B.33.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
761	Tocilizumabum	Avtozma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05996537033084	2026-07-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	616,00	665,28	705,20	705,20	B.33.; B.75.; B.135.	bezpłatny	0 zł
762	Tocilizumabum	Avtozma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 20 ml	05996537034081	2026-07-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	1232,00	1330,56	1410,39	1410,39	B.33.; B.75.; B.135.	bezpłatny	0 zł
763	Tocilizumabum	Avtozma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537032087	2026-07-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	246,40	266,11	282,07	282,07	B.33.; B.75.; B.135.	bezpłatny	0 zł
764	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
765	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
766	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
767	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
768	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
769	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
770	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
771	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
772	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
773	Tofacitinibum	Xeljanz, roztwór doustny, 1 mg/ml	240 ml	05415062388723	2026-10-01	1 rok 3 miesiące	1193.0, Tofacytynib	2332,00	2518,56	2669,67	2528,16	B.33.	bezpłatny	0 zł
774	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2026-10-01	1 rok 3 miesiące	1193.0, Tofacytynib	5152,90	5565,13	5899,04	5899,04	B.55.	bezpłatny	0 zł
775	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1><2><4>2026-10-01/<3>2025-07-01	<1><2><4>1 rok 3 miesiące/<3>2 lata	1193.0, Tofacytynib	2376,50	2566,62	2720,62	2720,62	<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
776	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
777	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2026-01-01	3 lata	1232.0, Tolvaptan	2254,00	2434,32	2580,38	2580,38	B.126.	bezpłatny	0 zł
778	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2026-01-01	3 lata	1232.0, Tolvaptan	3381,00	3651,48	3870,57	3870,57	B.126.	bezpłatny	0 zł
779	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2026-01-01	3 lata	1232.0, Tolvaptan	4508,00	4868,64	5160,76	5160,76	B.126.	bezpłatny	0 zł
780	Toripalimab	Loqtorzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240 mg	1 fiol.	04150199715806	2026-07-01	2 lata	1360.0, Toripalimab	33000,00	35640,00	37778,40	37778,40	B.52.	bezpłatny	0 zł
781	Toxinum botulinicum typum A ad injectabile	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>2026-07-01	<1><3><4><5>3 lata/<2>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
782	Toxinum botulinicum typum A ad injectabile	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
783	Toxinum botulinicum typum A ad injectabile	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
784	Toxinum botulinicum typum A ad injectabile	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
785	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg	4 amp.-strzyk. 1 ml	03400930230268	2026-07-01	2 lata	1290.0, Tralokinumab	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	B.124.	bezpłatny	0 zł
786	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	2 wstrzyk. 2 ml	03400930276136	2026-07-01	2 lata	1290.0, Tralokinumab	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	B.124.	bezpłatny	0 zł
787	Trametininibum	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
788	Trametininibum	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
789	Trametininibum	Spexotras, proszek do sporządzania 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
790	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
791	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	3029,57	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
792	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
793	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
794	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
795	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
796	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
797	Tremelimumabum	Imjudo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 15 ml	05000456037266	2026-07-01	2 lata	1324.0, Tremelimumab	68400,00	73872,00	76032,00	76032,00	B.5.	bezpłatny	0 zł
798	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	20 ml	05909990046805	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	B.31.	bezpłatny	0 zł
799	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	20 ml	05909990046850	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
800	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	20 ml	05909990046867	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
801	Treprostynilum	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
802	Treprostynilum	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
803	Treprostynilum	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
804	Treprostynilum	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
805	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
806	Trientinum tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powł., 150 mg	72 szt.	05350626000102	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1229.0, Trientina	11295,00	12198,60	12930,52	12930,52	B.123.	bezpłatny	0 zł
807	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2120,98	2290,66	2428,10	2428,10	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
808	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6362,93	6871,96	7284,29	7284,29	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
809	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2827,97	3054,21	3237,46	3237,46	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
810	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	8483,90	9162,61	9712,36	9712,36	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
811	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
812	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 150 mg	84 szt.	05415062124734	2025-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	17950,00	19386,00	20549,16	20549,16	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
813	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 50 mg	88 szt.	05415062124741	2025-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	6268,00	6769,44	7175,61	7175,61	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
814	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
815	Ublituximabum	Briumvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. 6 ml	08436027472384	2025-10-01	2 lata	1332.0, Ublituxymab	9300,00	10044,00	10646,64	10646,64	B.29.	bezpłatny	0 zł
816	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg	28 szt.	08054083020334	<1><5><6>2026-04-01/<2><3><4>2026-07-01/<7>2025-01-01	<1><5><6><7>2 lata/<2><3><4>3 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
817	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
818	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
819	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	14676,48	B.32.	bezpłatny	0 zł
820	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
821	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	10160,64	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
822	Ustekinumabum	Otulf, 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
823	Ustekinumabum	Otulf, 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
824	Ustekinumabum	Otulf, 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
825	Ustekinumabum	Pyzhiva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30 ml)	08809593173106	2026-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	12820,17	13845,78	14676,53	14676,48	B.32.	bezpłatny	0 zł
826	Ustekinumabum	Pyzhiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strzyk.	08809593173120	2026-10-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	4437,74	4792,76	5080,32	5080,32	B.47.	bezpłatny	0 zł
827	Ustekinumabum	Pyzhiva, 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
828	Ustekinumabum	Pyzhiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strzyk.	08809593173113	2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,64	<1>B.32.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
829	Ustekinumabum	Pyzhiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 wstrzykiwacz	08809593173502	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,64	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
830	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	14676,48	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
831	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	5080,32	B.47.	bezpłatny	0 zł
832	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	10160,64	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
833	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	10160,64	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
834	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
835	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
836	Ustekinumabum	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 wstrzykiwacz	05996537046039	2026-10-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	3550,19	3834,21	4064,26	4064,26	B.47.	bezpłatny	0 zł
837	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
838	Ustekinumabum	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 wstrzykiwacz	05996537045032	2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1107.0, Ustekinumab	7100,39	7668,42	8128,52	8128,52	<1>B.32.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
839	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
840	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp.-strzyk.	04011548045800	2026-10-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	6200,00	6696,00	7097,76	5080,32	B.47.	bezpłatny	0 zł
841	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strzyk.	04011548045817	2026-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,50	9585,54	10160,67	10160,64	<1>B.32.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
842	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
843	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
844	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
845	Vamorolonum	Aganree, zawiesina doustna, 40 mg/ml	1 butelka 100 ml	07640137910303	2026-10-01	2 lata	1363.0, Wamorolon	15367,94	16597,38	17593,22	17593,22	B.180.	bezpłatny	0 zł
846	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2025-01-01	3 lata	1202.0, Wandetanib	4507,50	4868,10	5160,19	4713,71	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
847	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2025-01-01	3 lata	1202.0, Wandetanib	12352,50	13340,70	14141,14	14141,14	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
848	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
849	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
850	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
851	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powł., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2025-01-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	4695,75	5071,41	5375,70	5375,70	B.59.	bezpłatny	0 zł
852	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 10 mg	14 szt.	08054083013688	<1>2026-01-01/<2>2026-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>1 rok	1186.0, Venetoclax	239,13	258,26	273,76	273,76	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
853	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	112 szt.	08054083013916	<1>2026-01-01/<2>2026-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>1 rok	1186.0, Venetoclax	19130,40	20660,83	21900,48	21900,48	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
854	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	14 szt.	08054083013701	<1>2026-01-01/<2>2026-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>1 rok	1186.0, Venetoclax	2391,30	2582,60	2737,56	2737,56	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
855	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	7 szt.	08054083013695	<1>2026-01-01/<2>2026-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>1 rok	1186.0, Venetoclax	1195,65	1291,30	1368,78	1368,78	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
856	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 50 mg	7 szt.	08054083013718	<1>2026-01-01/<2>2026-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>1 rok	1186.0, Venetoclax	597,83	645,66	684,40	684,40	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
857	Vismodegibum	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05902768001020	2026-07-01	3 lata	1155.0, Wismodegib	11996,25	12955,95	13733,31	13733,31	B.88.	bezpłatny	0 zł
858	Voretigene neparvovec	Luxtuma, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5 x 10 ¹² genomów wektora/ml	1 fiol. 0,5 ml koncentratu + 2 fiol. 1,7 ml rozpuszczalnika	07613421040529	2025-01-01	2 lata	1320.0, Woretygen neparwowek	1400156,73	1512169,27	1514329,27	1514329,27	B.167.	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
859	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
860	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
861	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
862	Vutrisiran	Amvuttra, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/0,5 ml	1 amp-strzyk po 0,5 ml	04150181110077	<1>2026-10-01/<2>2025-04-01	2 lata	1323.0, Vutrisiran	140005,00	151205,40	153365,40	153365,40	<1>B.162.; <2>B.170.	bezpłatny	0 zł
863	Zanubrutinibum	Brukina, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	08720598340389	2026-01-01	2 lata	1166.2, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - zanubrutynib	21455,00	23171,40	24561,68	24561,68	B.12.FM.; B.79.; B.146.	bezpłatny	0 zł
864	Zanubrutinibum	Brukina, kaps. twarde, 80 mg	120 szt.	08720598340112	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01/<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
865	Zolbetuximab	Vyloy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991558932	2026-10-01	2 lata	1365.0, Zolbetuksymab	2121,39	2291,10	2428,56	2428,56	B.58.	bezpłatny	0 zł
866	Zolbetuximab	Vyloy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.	05909991566111	2026-10-01	2 lata	1365.0, Zolbetuksymab	6364,18	6873,31	7285,71	7285,71	B.58.	bezpłatny	0 zł

Załącznik B.1.

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

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

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

8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających; 9) ciąża lub karmienie piersią; 10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej); 11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej); 12) inne przeciwwskazania określone w charakterystyce produktu leczniczego. 2.3. W przypadku rozpoczęcia leczenia interferonem należy je przerwać w przypadku: 1) braku odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wirerii HBV DNA o co najmniej 1 log₁₀; 2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą; 3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem. 2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir. 2.5. Lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru lub tenofowiru. 2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wirerii HBV DNA co najmniej o 1 log₁₀.		7) w 48 tygodniu: a) proteinogram, b) czas lub wskaźnik protrombinowy, c) oznaczenie poziomu AFP, d) USG jamy brzusznej. 3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów 1) w dniu rozpoczęcia terapii: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT, c) czas lub wskaźnik protrombinowy, d) oznaczenie stężenia kreatyniny, e) oznaczenie poziomu AFP; 2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu: a) oznaczenie stężenia kreatyniny, b) morfologia krwi, c) oznaczenie poziomu ALT; 3) w 12 tygodniu - poziom wirerii HBV DNA; 4) w 24 i następnie co 24 tygodnie: a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe, d) poziom wirerii HBV DNA, e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu; 5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni: a) czas lub wskaźnik protrombinowy,
--	--	---

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

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) enkorafenib w skojarzeniu z cetuksymabem; 3) 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 pierwszej linii leczenia systemowego pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-	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 w pierwszej linii leczenia Leczenie składa się z fazy indukującej oraz fazy podtrzymującej: 1) w fazie indukującej (leczenie skojarzone) zalecane dawkowanie wynosi: niwolumab w dawce 240 mg 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	1. Badania przy kwalifikacji 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) ocena i potwierdzenie MSI-H lub dMMR - dla pembrolizumabu oraz niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem; 3) potwierdzenie mutacji V600E w genie BRAF – dla enkorafenibu w skojarzeniu z cetuksymabem; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT) oraz INR lub czasu protrombinowego (PT) – dla triflurydyny z typiracylem stosowanych w skojarzeniu z bewacyzumabem oraz frukwintynibu; 10) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla pembrolizumabu oraz niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem; 11) elektrokardiogram (EKG); 12) pomiar ciśnienia tętniczego – dla triflurydyny z typiracylem stosowanych w skojarzeniu z bewacyzumabem, frukwintynibu oraz enkorafenibu w skojarzeniu z cetuksymabem;

H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR). <i>Niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> nie mogą być zastosowane, jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG. 3) <i>niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> w drugiej albo kolejnej linii leczenia systemowego pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR), u których stwierdzono nieskuteczność lub nieakceptowalną toksyczność wcześniejszej chemioterapii co najmniej dwulekowej zawierającej <i>fluoropirymidynę</i> w skojarzeniu z <i>oksalipłatyną</i> lub <i>irynotekaniem</i>. <i>Niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> nie mogą być zastosowane, jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG. 4) <i>triflurydyna</i> z <i>typiracylem</i> w drugiej albo kolejnej linii chemioterapii po udokumentowanej nieskuteczności wcześniejszej chemioterapii opartej na <i>fluoropirymidynie</i>, <i>oksalipłatinie</i> i <i>irynotekanie</i>, lekach anty-VEGF lub anty-EGFR lub w przypadku udokumentowanego klinicznie braku możliwości zastosowania wymienionych metod. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej <i>triflurydną</i> z <i>typiracylem</i> z powodu RJG. <i>Triflurydyna</i> z <i>typiracylem</i> może być zastosowana w monoterapii albo w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>. 5) <i>enkorafenib</i> w skojarzeniu <i>cetuksymabem</i> w drugiej albo kolejnych liniach leczenia systemowego pacjentów z obecnością mutacji BRAF V600E, u których stwierdzono nieskuteczność lub nieakceptowalną toksyczność wcześniejszej terapii systemowej. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii mogą	240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie. W fazie monoterapii, pierwszą dawkę <i>niwolumabu</i> należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce <i>niwolumabu</i> stosowanego w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>. Jeżeli przerwano stosowanie <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> lub <i>niwolumabu</i> w monoterapii w fazie podtrzymującej np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni. 1.3. <i>niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> Leczenie składa się z fazy indukującej oraz fazy podtrzymującej. 1) w fazie indukującej (leczenie skojarzone) zlecane dawkowanie wynosi: <i>niwolumab</i> w dawce 3 mg/kg masy ciała w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> w dawce 1 mg/kg masy ciała co 3 tygodnie w przypadku pierwszych 4 dawek; 2) w fazie podtrzymującej (monoterapia) zalecana dawka <i>niwolumabu</i> wynosi 240 mg co 2 tygodnie. W fazie monoterapii, pierwszą dawkę <i>niwolumabu</i> należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce <i>niwolumabu</i> stosowanego w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>. Jeżeli przerwano stosowanie <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> lub <i>niwolumabu</i>	13) badanie ogólne moczu – dla <i>triflurydyny</i> z <i>typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> oraz <i>frukwintynibu</i>; 14) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 15) badanie TK jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej; inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej; 16) 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); 17) badanie TK lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych, w celu wykluczenia przerzutów; 18) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>; 7) elektrokardiogram (EKG) – dla <i>pembrolizumabu</i>, <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> oraz <i>enkorafenibu</i> w skojarzeniu z <i>cetuksymabem</i>;
---	---	---

być kwalifikowani pacjenci, u których nawrót nastąpił w trakcie leczenia uzupełniającego. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej <i>enkorafenibem</i> w skojarzeniu z <i>cetuksymabem</i> z powodu RJG. 6) frukwintynib w monoterapii w trzeciej albo kolejnych liniach chemioterapii po udokumentowanej nieskuteczności wcześniejszej chemioterapii opartej na <i>fluoropirymidynie</i>, <i>oksalipłatinie</i> i <i>irynotekanie</i>, lekach anty-VEGF, lekach anty-EGFR oraz <i>triflurydynie</i> z <i>typiracylem</i> (w monoterapii albo w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>) lub <i>regorafenibie</i> lub w przypadku braku możliwości zastosowania wymienionych metod. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. 1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka jelita grubego Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy). 1.1. 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;	w monoterapii w fazie podtrzymującej np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni. 1.4. triflurydyna z typiracylem Zalecana dawka początkowa triflurydyny z typiracylem to 35 mg/m² powierzchni ciała podawana dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu leczenia. Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z ChPL. Dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wartości zwiększanej o 5 mg. Nie należy przekraczać 80 mg/dawkę. Jeśli dawki pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek. Jeżeli przerwano stosowanie <i>triflurydyny z typiracylem</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnego cyklu nie może być dłuższy niż 8 tygodni. Gdy <i>triflurydyna z typiracylem</i> jest stosowana w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>, dawka <i>bewacyzumabu</i> wynosi 5 mg/kg mc., podawana raz na 2 tygodnie (dzień 1. i 15. cyklu powtarzanego w rytmie 28 dni). 1.5. enkorafenib w skojarzeniu z cetuksymabem	8) pomiar ciśnienia tętniczego – dla <i>triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>, <i>frukwintynibu</i> oraz <i>enkorafenibu</i> w skojarzeniu z <i>cetuksymabem</i>; 9) badanie ogólne moczu – dla <i>triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> i <i>frukwintynibu</i>. W przypadku leczenia: 1) <i>pembrolizumabem</i> oraz <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> powyższe badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6-12 tygodni; 2) <i>triflurydyną z typiracylem</i> w monoterapii lub w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> oraz <i>frukwintynibem</i> powyższe badania wykonuje się przed każdym cyklem leczenia. 3) <i>enkorafenibem</i> w skojarzeniu z <i>cetuksymabem</i> powyższe badania wykonuje się co 4 tygodnie, a następnie co około 3 miesiące lub częściej w przypadku wskazań klinicznych. 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
---	---	---

8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 11) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego 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);	Zalecana dawka enkorafenibu wynosi 300 mg raz na dobę w skojarzeniu z cetuksymabem stosowanym w dawce 400 mg/m² pc. dożylnie w 2-godzinny wlew podczas pierwszej dawki i 250 mg/m² pc. w 1-godzinny wlew podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m² pc. dożylnie w 2-godzinny wlew – w odstępach 14-dniowych. Jeżeli przerwano stosowanie enkorafenibu w skojarzeniu z cetuksymabem np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia nie może być dłuższy niż 8 tygodni. 1.6. 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 wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.	kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Badania wykonuje się: 1) w przypadku <i>pembrolizumabu</i>, <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>, <i>triflurydyny</i> z <i>typiracylem</i> w monoterapii lub w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>, <i>enkorafenibu</i> w skojarzeniu z <i>cetuksymabem</i> oraz <i>frukwintynibu</i>, nie rzadziej niż co 12 tygodni z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunąć w realizowaniu leczenia. Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii
--	--	---

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. 1.2.2. enkorafenibem w skojarzeniu z cetuksymabem 1) potwierdzenie mutacji V600E w genie BRAF. 2. Określenie czasu leczenia Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. W przypadku terapii <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> w pierwszej linii leczenia maksymalny czas leczenia wynosi 24 miesiące. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia oceniona na podstawie aktualnych kryteriów klasyfikacji RECIST. W przypadku terapii <i>pembrolizumabem</i> albo <i>niwolumabem</i> z <i>ipilimumabem</i>, w sytuacji wątpliwej klinicznie możliwe jest kontynuowanie leczenia aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tyg.; 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;	Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	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).
--	--	--

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.		
--	--	--

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) durwalumab w skojarzeniu z tremelimumabem; 4) kabozantynib. Leczenie raka wątrobowokomórkowego obejmuje: 1) leczenie atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem albo niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem albo durwalumabem w skojarzeniu z tremelimumabem 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 durwalumab w skojarzeniu	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 przeciwvirusowego - dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem oraz durwalumabem w skojarzeniu z tremelimumabem; 6) oznaczenie fT4 i TSH - dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem, niwolumabem w skojarzeniu

z <i>tremelimumabem</i>) lub po jego nietolerancji, pod warunkiem ustąpienia istotnych klinicznie działań niepożądanych stosowanej wcześniej terapii (2 linia leczenia). W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii u danego pacjenta z wykorzystaniem <i>atezolizumabu</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> albo <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> albo <i>durwalumabu</i> w skojarzeniu z <i>tremelimumabem</i>. 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 odstępnie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w wielofazowej tomografii komputerowej (TK) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylniej wrotnej lub opóźnionej (zmiana hipodensyjna); 3) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub terapii lokoregionalnych lub ich nieskuteczność; 4) stan sprawności 0-1 według ECOG; 5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh; 6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do oceny, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;	Następnie, w drugiej fazie leczenia, stosuje się <i>niwolumab</i> 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 <i>niwolumabu</i> należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce <i>niwolumabu</i> stosowanego w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>. W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania <i>ipilimumabu</i> możliwe jest odstawienie <i>ipilimumabu</i> i kontynuowanie leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii. 1.3. <i>durwalumab</i> w skojarzeniu z <i>tremelimumabem</i> <i>Durwalumab</i> w dawce 1 500 mg podawany w skojarzeniu z 300 mg <i>tremelimumabu</i>, w pojedynczej dawce w 1 dniu/1 cyklu, a następnie <i>durwalumab</i> w monoterapii co 4 tygodnie w dawce 1 500 mg. 1.4. <i>kabozantynib</i> Dobowa dawka <i>kabozantynibu</i>: 60 mg (codziennie). Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualnymi ChPL.	z <i>ipilimumabem</i> oraz <i>durwalumabem</i> w skojarzeniu z <i>tremelimumabem</i>; 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 <i>atezolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>; 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. <i>atezolizumab</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> 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
---	---	---

7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL) oraz wytyczne 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 <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> leczenie trwa maksymalnie 24 miesiące. 3. Kryteria wyłączenia z programu	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; c) 12 tygodni w przypadku leczenia durwalumabem w skojarzeniu z tremelimumabem. Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia, w okresie 6 tygodni dla atezolizumabu w skojarzeniu z bewacyzumabem lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem, 8 tygodni dla kabozantynibu i 12 tygodni dla durwalumabu w skojarzeniu z tremelimumabem, pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	przerwane; w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie ft4 i TSH, c) inne badania – w razie wskazań klinicznych. 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. durwalumab w skojarzeniu z tremelimumabem
---	--	--

1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 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.		1) co 4 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy, c) oznaczenie stężenia AspAT, AlAT, fosfatazy alkalicznej, bilirubiny całkowitej; d) inne badania - w razie wskazań klinicznych; 2) co 12 tygodni lub w chwili rozpoczęcia kolejnego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane: a) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; b) EKG; c) oznaczenia poziomu AFP w surowicy; d) inne badania - w razie wskazań klinicznych. Dopuszcza się możliwość opóźnienia badania do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu. 2.4. kabozantynib 1) co 4 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej, d) pomiar ciśnienia tętniczego, e) inne 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. durwalumab w skojarzeniu z tremelimumabem Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni lub przed zakończeniem co trzeciego 4 tygodniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane. Dopuszcza się możliwość opóźnienia badania do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu. 3.4. 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) <i>durwalumab</i>, 2) <i>pembrolizumab</i>, 3) <i>pemigatynib</i>. Leczenie zaawansowanego raka dróg żółciowych obejmuje: 1) leczenie <i>durwalumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą <i>gemcytabinę</i> i <i>cisplatynę</i> albo <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą <i>gemcytabinę</i> i <i>cisplatynę</i> dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem dróg żółciowych.	1. Dawkowanie 1.1. durwalumab Zalecana dawka początkowa <i>durwalumabu</i> wynosi 1 500 mg podawana w 1. dniu cyklu w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i> w dawce 1 000 mg/m² powierzchni ciała (p.c.) i <i>cisplatyną</i> w dawce 25 mg/ m² p.c. podawanymi w 1. i 8. dniu cyklu. Cykle leczenia podawane są co 21 dni (3 tygodnie). Należy podać 8, tj. maksymalną liczbę 21-dniowych cykli chemioterapii <i>cisplatyną</i>.	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 <i>pemigatynibem</i>; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) badanie ogólne moczu; 5) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

Do leczenia <i>durwalumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> kwalifikowani są pacjenci niepoddani wcześniej leczeniu systemowemu z powodu zaawansowanego raka dróg żółciowych. Do leczenia <i>durwalumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> kwalifikowani są również pacjenci, u których doszło do nawrotu choroby po uprzednim leczeniu chirurgicznym z intencją radykalną (niezależnie od zastosowania chemioterapii uzupełniającej). 2) Leczenie <i>pemigatynibem</i> 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 - wiek 18 lat i powyżej; - histologicznie lub cytologicznie potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy gruczolakorak dróg żółciowych; - dodatni status fuzji lub rearanżacji FGFR 2 potwierdzony przy użyciu zwalidowanego badania diagnostycznego – dotyczy terapii <i>pemigatynibem</i>; - stan sprawności 0-1 według skali ECOG; - możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; - adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; - brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);	i <i>gemcytabiną</i>. Wcześniejsze zakończenie chemioterapii może mieć miejsce po wystąpieniu nieakceptowalnej toksyczności. Zalecana dawka <i>durwalumabu</i> stosowanego w monoterapii po zakończeniu podawania chemioterapii wynosi 1 500 mg co 4 tygodnie. 1.2. pembrolizumab Zalecana dawka <i>pembrolizumabu</i> wynosi 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i> w dawce 1 000 mg/m² p.c. i <i>cisplatyną</i> w dawce 25 mg/m² p.c. podawanymi w 1. i 8. dniu 21-dniowego cyklu (3 tygodnie). Należy podać 8, tj. maksymalną liczbę 21-dniowych cykli chemioterapii <i>cisplatyną</i> i <i>gemcytabiną</i>. Wcześniejsze zakończenie chemioterapii może mieć miejsce po wystąpieniu nieakceptowalnej toksyczności. Po zakończeniu podawania chemioterapii, dawkowanie <i>pembrolizumabu</i> w monoterapii należy kontynuować w schemacie 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni. 1.3. pemigatynib Zalecana dawka <i>pemigatynibu</i> wynosi 13,5 mg raz na dobę przez 14 dni, po których następuje 7 dni bez stosowania leku. 2. Modyfikacja dawkowania	8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie stężenia fT4 i TSH – dotyczy terapii <i>durwalumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i>; 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 <i>pemigatynibem</i>; 13) oznaczenie poziomu fosforanów – dotyczy terapii <i>pemigatynibem</i>; 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 <i>gemcytabiną</i> i <i>cisplatyną</i> lub <i>pembrolizumab</i> w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i> i <i>cisplatyną</i> 1) przed każdym podaniem <i>gemcytabiny</i> i <i>cisplatyny</i>: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 2) co 12 tygodni: f) oznaczenie stężenia fT4 i TSH;
---	--	--

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 <i>durwalumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> lub <i>pemigatynibem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.	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.	g) elektrokardiografia (EKG); 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Ponadto, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. 2.2. <i>durwalumab</i> lub <i>pembrolizumab</i> w monoterapii badania od a) do g) wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni oraz inne badania w razie wskazań klinicznych. Ponadto, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. 2.3. <i>pemigatynib</i> 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 W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa lub
---	--	--

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.

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)

W ramach programu lekowego wyodrębnia się moduły oraz w ramach poszczególnych modułów wyodrębnia się części zgodnie z poniższym:

I. LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (NDRP):

- A. Leczenie w stadiach resekcyjnych NDRP;
- B. Leczenie w stadium miejscowego zaawansowania NDRP;
- C. Leczenie w stadium uogólnienia NDRP – immunoterapia;
- D. Leczenie w stadium uogólnienia NDRP – leczenie ukierunkowane molekularnie;

II. LECZENIE DROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (DRP):

- A. Leczenie w stadium miejscowego zaawansowania DRP;
- B. Leczenie w stadium uogólnienia DRP;

III. LECZENIE MIĘDZYBŁONIAKA OPŁUCNEJ.

Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego – w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy i zgodnie z kryteriami programu lekowego.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, leczeni dotychczas lekiem dostępnym w programie 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 oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii nie jest dłuższy niż określony w zapisach programu maksymalny czas leczenia w programie.

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 w lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (wystąpienie nawrotu choroby; całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)) oraz danych z zakresu kryteriów kwalifikowania chorych (histologiczny typ raka płuca, ekspresja PD-L1, status molekularny), dostępnymi za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
3. przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO

ŚWIADCZENIOBIORCY

SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE

BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU

I. LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (NDRP)

A. Leczenie w stadiach resekcyjnych NDRP

W ramach części A finansuje się terapie

leczenie przedoperacyjne

- 1) niwolumabem (w skojarzeniu z chemioterapią);

leczenie okołoperacyjne

- 2) pembrolizumabem (w skojarzeniu z przedoperacyjną chemioterapią opartą na związkach platyny, a następnie w monoterapii po zabiegu chirurgicznym);
- 3) durwolumabem (w skojarzeniu z przedoperacyjną chemioterapią opartą na związkach platyny, a następnie w monoterapii po zabiegu chirurgicznym);
- 4) niwolumabem (w skojarzeniu z przedoperacyjną chemioterapią opartą na związkach platyny, a następnie w monoterapii po zabiegu chirurgicznym);

wyłączne leczenie pooperacyjne

- 5) atezolizumabem w monoterapii;
- 6) pembrolizumabem w monoterapii;
- 7) ozymertynibem w monoterapii;
- 8) alektynibem w monoterapii

niedrobnokomórkowego raka płuca, zgodnie z poniższymi kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji

W celu zakwalifikowania pacjenta do terapii muszą zostać spełnione łącznie kryteria kwalifikacji ogólne oraz kryteria kwalifikacji szczegółowe dla

A. Dawkowanie i sposób podawania leków udostępnianych w stadiach resekcyjnych NDRP

Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnej ChPL (maksymalny czas leczenia określony w pkt. 2. *Określenie czasu leczenia w programie*).

Szczegółne warunki rozpoczęcia leczenia:

- 1) **chorzy kwalifikowani do wyłączonego leczenia pooperacyjnego atezolizumabem albo pembrolizumabem** - przebyta pooperacyjna chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania, zakończona w okresie do 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia;
- 2) **chorzy kwalifikowani do wyłączonego leczenia pooperacyjnego ozymertynibem** – rozpoczęcie leczenia ozymertynibem do 10 tygodni od zabiegu chirurgicznego (chorzy nieotrzymujący chemioterapii uzupełniającej) lub do 26 tygodni od zabiegu chirurgicznego (chorzy otrzymujący chemioterapię uzupełniającą);
- 3) **chorzy kwalifikowani do wyłączonego leczenia pooperacyjnego alektynibem** -

A. Badania wymagane w ramach programu do leczenia w stadiach resekcyjnych NDRP**1. Badania wymagane przy kwalifikacji do programu**

- 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych (przy kwalifikacji do leczenia pooperacyjnego - pooperacyjne histologiczne potwierdzenie typu NDRP);
- 2) potwierdzenie stanu odpowiednich czynników molekularnych (geny *EGFR* lub *ALK* lub *ROS1*) zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych - potwierdzenie z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 3) potwierdzenie stopnia ekspresji białka PD-L1 zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych - potwierdzenie z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 4) badania obrazowe przed rozpoczęciem leczenia:

poszczególnych terapii. 1.1. Kryteria kwalifikacji ogólne 1) wiek powyżej 18 r.ż.; 2) rozpoznanie histologiczne NDRP; 3) potwierdzenie możliwości przeprowadzenia doszczętnego leczenia chirurgicznego przez specjalistę chirurgii klatki piersiowej ocenione przed rozpoczęciem leczenia przedoperacyjnego w ramach zespołu wielodyscyplinarnego - do leczenia przedoperacyjnego i okołooperacyjnego albo przeprowadzona radykalna resekcja guza płuca i limfadenektomia (cecha R0 wg 8. wersji klasyfikacji TNM) – do leczenia pooperacyjnego; 4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 5) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ordynowanego leku oraz ewentualnych terapii skojarzonych – zgodnie z aktualną ChPL; 6) czynność narządów i układu krwiotwórczego umożliwiające leczenie - zgodnie z aktualną ChPL; 7) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 8) nieobecność aktywnych chorób stanowiących przeciwwskazanie do terapii; 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych wymagających aktywnego leczenia. 1.2. Kryteria kwalifikacji szczegółowe do terapii 1.2.1. Przedoperacyjne leczenie niwolumabem (w skojarzeniu z chemioterapią): 1) przedoperacyjny stopień zaawansowania klinicznego: II-III A+IIIB (tylko N2a) według 9. wersji klasyfikacji TNM;	rozpoczęcie leczenia alektynibem do 12 tygodni od zabiegu chirurgicznego.	a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; b) tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans ośrodkowego układu nerwowego do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia – dot. kwalifikacji do: - przedoperacyjnego leczenia niwolumabem; - okołooperacyjnego leczenia pembrolizumabem albo durwalumabem albo niwolumabem; - wyłącznego leczenia pooperacyjnego alektynibem c) pozytonowa tomografia emisyjna do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia – dot. kwalifikacji do: - przedoperacyjnego leczenia niwolumabem; - okołooperacyjnego leczenia pembrolizumabem albo durwalumabem albo niwolumabem; 5) badanie elektrokardiograficzne do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; 6) badania laboratoryjne do 7 dni przed rozpoczęciem leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
---	--	---

2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych $\geq 1\%$; 3) nieobecność wariantów patogennych w genie EGFR, ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż typ płaskonabłonkowy. 1.2.2. Okołooperacyjne leczenie pembrolizumabem, durwalumabem albo niwolumabem (w skojarzeniu z przedoperacyjną chemioterapią opartą na związkach platyny, a następnie w monoterapii po zabiegu chirurgicznym): 1) przedoperacyjny stopień zaawansowania klinicznego: II, IIIA lub IIIB (N2) według 9. wersji klasyfikacji TNM; 2) nieobecność wariantów patogennych w genie EGFR, ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż typ płaskonabłonkowy; 3) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1: – każda wartość ekspresji – dot. pembrolizumabu i durwalumabu, – PD-L1 $\geq 1\%$ – dot. niwolumabu; 4) chorzy wcześniej nieleczeni systemowo i niepoddawani radioterapii NDRP. 1.2.3. Wyłączne leczenie pooperacyjne atezolizumabem albo pembrolizumabem: 1) pooperacyjne rozpoznanie histologiczne typu niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) pooperacyjny stopień zaawansowania potwierdzony na podstawie badania patomorfologicznego: II, IIIA lub IIIB z cechą N2 według 9. wersji klasyfikacji TNM; 3) wykluczenie wcześniejszego leczenia wstępnego z zastosowaniem immunoterapii 4) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: – PD-L1 $\geq 50\%$ dla atezolizumabu; – PD-L1 $< 50\%$ dla pembrolizumabu		e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH – dot. kwalifikacji do – przedoperacyjnego leczenia niwolumabem; – okołooperacyjnego leczenia pembrolizumabem albo durwalumabem albo niwolumabem; – wyłącznego leczenia pooperacyjnego atezolizumabem; – wyłącznego leczenia pooperacyjnego pembrolizumabem; h) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej - dot. kwalifikacji do: – wyłącznego leczenia pooperacyjnego alektynibem. 7) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej. 2. Badania wymagane do monitorowania terapii 2.1. Przedoperacyjne leczenie niwolumabem albo okołooperacyjne leczenie pembrolizumabem albo durwalumabem albo niwolumabem – faza leczenia przedoperacyjnego 1) tomografia komputerowa z objęciem nadbrzusza po 2 cyklu leczenia przedoperacyjnego i do 30 dni przed leczeniem chirurgicznym; 2) badanie elektrokardiograficzne co 2 cykle leczenia;
---	--	---

5) nieobecność wariantów patogennych w genie EGFR, ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż typ płaskonabłonkowy 1.2.4. Wyłączne leczenie pooperacyjne ozymertynibem albo alektynibem 1) pooperacyjne rozpoznanie histologiczne 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); 2) pooperacyjny stopień zaawansowania potwierdzony na podstawie badania patomorfologicznego od IB do III według 9. wersji klasyfikacji TNM; 3) potwierdzenie obecności odpowiedniego wariantu patogenego: - mutacja w genie EGFR (delecja w eksonie 19. lub substytucja w eksonie 21.) dla ozymertynibu - rearanżacja genu ALK dla alektynibu; 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z zasadami stosowania leków oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Określenie maksymalnego czasu leczenia w programie: 1) przedoperacyjne leczenie niwolumabem (w skojarzeniu z chemioterapią) – maksymalnie 3 cykle; 2) okołooperacyjne leczenie pembrolizumabem (w skojarzeniu z przedoperacyjną chemioterapią opartą na związkach platyny, a następnie w monoterapii po zabiegu chirurgicznym) – maksymalnie 4 cykle przedoperacyjne oraz maksymalnie 13 cykli leczenia pooperacyjnego; 3) okołooperacyjne leczenie niwolumabem (w skojarzeniu z przedoperacyjną chemioterapią opartą na związkach platyny, a następnie w monoterapii po		3) badania laboratoryjne przed każdym podaniem chemioterapii: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 4) oznaczenie T3, T4 i TSH co 2 cykle immunoterapii; 5) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej. 2.2. Wyłączne leczenie pooperacyjne atezolizumabem albo pembrolizumabem albo okołooperacyjne leczenie pembrolizumabem albo durwalumabem albo niwolumabem – faza leczenia pooperacyjnego 1) tomografia komputerowa z objęciem nadbrzusza: w terminie do 30 dni przed rozpoczęciem pooperacyjnego leczenia oraz co 3 miesiące w trakcie leczenia; 2) badanie elektrokardiograficzne co 3 miesiące leczenia 3) badania laboratoryjne co 4-6 tygodni przez pierwsze 3 miesiące leczenia, następnie co 3 miesiące leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny;
---	--	--

zabiegu chirurgicznym) – maksymalnie 4 cykle przedoperacyjne oraz maksymalnie 13 cykli leczenia pooperacyjnego; 4) okołooperacyjne leczenie durwalumabem (w skojarzeniu z przedoperacyjną chemioterapią opartą na związkach platyny, a następnie w monoterapii po zabiegu chirurgicznym) – maksymalnie 4 cykle przedoperacyjne oraz maksymalnie 12 cykli leczenia pooperacyjnego; 5) wyłączone leczenie pooperacyjne atezolizumabem – maksymalnie 12 miesięcy; 6) wyłączone leczenie pooperacyjne pembrolizumabem – maksymalnie 12 miesięcy; 7) wyłączone leczenie pooperacyjne ozymertynibem – maksymalnie 36 miesięcy; 8) wyłączone leczenie pooperacyjne alektynibem – maksymalnie 24 miesiące. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie nawrotu choroby; 2) wystąpienie poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) obniżenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów WHO lub ECOG; 4) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub podjęcie przez lekarza decyzji o zaprzestaniu podawania; 6) przerwanie stosowania leków: - na dłużej niż 12 tyg. wskutek wystąpienia działań niepożądanych leczenia – dotyczy niwolumabu, pembrolizumabu, atezolizumabu oraz durwalumabu;		c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH; 4) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej. 2.3. Leczenie pooperacyjne ozymertynibem albo alektynibem 1) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, następnie co 6 miesięcy leczenia; 2) tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans ośrodkowego układu nerwowego co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, następnie co 6 miesięcy; 3) badanie elektrokardiograficzne co 3 miesiące leczenia; 4) badania laboratoryjne co 4 tygodnie przez pierwsze 3 miesiące leczenia, następnie co 3 miesiące leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
--	--	---

- na dłużej niż 8 tyg. – dotyczy ozymetynibu oraz alektynibu; 7) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego).		e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku alektynibu; 5) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej.
B. Leczenie w stadium miejscowego zaawansowania NDRP W ramach części B finansuje się terapie: <u>leczenie konsolidujące</u> 1) ozymertynibem po radiochemioterapii 2) durwalumabem po chemioradioterapii niedrobnokomórkowego raka płuca, zgodnie z poniższymi kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji W celu zakwalifikowania pacjenta do terapii muszą zostać spełnione łącznie kryteria kwalifikacji ogólne oraz kryteria kwalifikacji szczegółowe dla poszczególnych terapii. 1.1. Kryteria kwalifikacji ogólne 1) wiek powyżej 18 r.ż.; 2) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 3) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ordynowanego leku oraz ewentualnych terapii skojarzonych – zgodnie z aktualną ChPL; 4) czynność narządów i układu krwiotwórczego umożliwiające leczenie – zgodnie z aktualną ChPL;	B. Dawkowanie i sposób podawania leków w stadium miejscowego zaawansowania NDRP Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnej ChPL (maksymalny czas leczenia określony w pkt. 2. <i>Określenie czasu leczenia w programie</i>). Szczególne warunki rozpoczęcia leczenia: Chorzy kwalifikowani do leczenia konsolidującego ozymertynibem lub durwalumabem po radiochemioterapii/chemioradioterapii - leczenie ozymertynibem lub durwalumabem musi być rozpoczynane nie później niż po 6 tygodniach od zakończenia radioterapii. Wymaga się, aby przeprowadzona była radykalna chemioradioterapia jednoczasowa z zastosowaniem chemioterapii opartej na pochodnych platyny (możliwość kwalifikowania chorych poddanych sekwencyjnej chemioradioterapii w dawkach radykalnych pod warunkiem odstąpienia od jednoczasowej chemioradioterapii z uzasadnionych klinicznie i udokumentowanych powodów zgodnych z wytycznymi postępowania diagnostyczno-terapeutycznego PTOK określającymi dokładne	B. Badania wymagane w ramach programu do leczenia w stadium miejscowego zaawansowania NDRP 1. Badania wymagane przy kwalifikacji do programu 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych; 2) potwierdzenie stanu odpowiednich czynników molekularnych (geny EGFR lub ALK) zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych - potwierdzone z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) obrazowanie (MR lub KT) OUN oraz tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; 4) badanie elektrokardiograficzne do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia

5) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 6) nieobecność aktywnych chorób stanowiących przeciwwskazanie do terapii; 7) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych wymagających aktywnego leczenia. 1.2. Kryteria kwalifikacji szczegółowe do terapii 1.2.1. leczenie konsolidujące ozymertynibem po radiochemioterapii 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub z przewagą raka wielkomórkowego lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified – NOS); 2) obecność mutacji aktywującej w genie EGFR (delecja w eksonie 19. lub substytucja w eksonie 21.); 3) stopień zaawansowania klinicznego III według 8. wersji klasyfikacji TNM; 4) nieobecność progresji choroby po chemioradioterapii ustalona na podstawie badania tomografii komputerowej klatki piersiowej wykonanej w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii. 1.2.2. leczenie konsolidujące durwalumabem po chemioradioterapii 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy); 2) wykluczenie obecności wariantów patogennych w genie EGFR; 3) zaawansowanie kliniczne w stopniu III według 8. wersji klasyfikacji TNM;	przeciwwskazania do jednoczasowej chemioradioterapii).	5) badania laboratoryjne do 7 dni przed rozpoczęciem leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH – dot. kwalifikacji do leczenia konsolidującego durwalumabem; 6) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej. 2. Badania wymagane do monitorowania terapii 1) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza: - co 3 miesiące przez pierwszy rok leczenia, a następnie co 6 miesięcy w trakcie aktywnego leczenia – dot. leczenia konsolidującego ozymertynibem; - co 3 miesiące – dot. leczenia konsolidującego durwalumabem; 2) badanie tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu ośrodkowego układu nerwowego co 3 miesiące przez pierwszy rok leczenia, a następnie co 6 miesięcy w trakcie aktywnego leczenia – dot. leczenia konsolidującego ozymertynibem
---	---	--

4) nieobecność progresji choroby po chemioradioterapii ustalona na podstawie badania tomografii komputerowej klatki piersiowej wykonanej w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z zasadami stosowania leków oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Określenie maksymalnego czasu leczenia w programie: 1) leczenie konsolidujące durwalumabem po chemioradioterapii – maksymalnie 12 miesięcy. 3. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie progresji potwierdzonej w badaniu obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST; 2) wystąpienie poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) obniżenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów WHO lub ECOG; 4) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą; 5) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji; 6) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualną ChPL lub podjęcie przez lekarza decyzji o zaprzestaniu podawania; 7) przerwanie stosowania leków: - na dłużej niż 8 tyg. – dotyczy ozymetynibu;		3) elektrokardiografia co 3 miesiące leczenia; 4) badania laboratoryjne co 1 miesiąc przez pierwsze 3 miesiące leczenia, następnie co 3 miesiące leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH – dot. leczenia konsolidującego durwalumabem; 5) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej.
--	--	--

- na dłużej niż 12 tyg. – dotyczy durwalumabu; 8) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego).		
C. Leczenie w stadium uogólnienia NDRP - immunoterapia W ramach części C finansuje się <u>leczenie pierwszej linii:</u> 1) pembrolizumabem w monoterapii; 2) atezolizumabem w monoterapii; 3) cemiplimabem w monoterapii; 4) pembrolizumabem (w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny); 5) pembrolizumabem (w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną); 6) cemiplimabem (w skojarzeniu chemioterapią opartą na związkach platyny); 7) niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem (oraz chemioterapią opartą na związkach platyny); 8) durwalumabem w skojarzeniu z tremelimumabem (oraz chemioterapią opartą na związkach platyny); 9) tislelizumabem (w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny); 10) tislelizumabem (w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną); <u>leczenie pierwszej linii przy przeciwwskazaniach do zastosowania pochodnych platyny</u> 1) atezolizumabem w monoterapii; <u>leczenie drugiej i kolejnej linii:</u> 1) niwolumabem w monoterapii; 2) atezolizumabem w monoterapii; 3) tislelizumabem w monoterapii (po uprzednim leczeniu pochodnymi platyny)	C. Dawkowanie i sposób podawania leków w stadium uogólnienia NDRP – immunoterapia Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnej ChPL (maksymalny czas leczenia określony w pkt. 2. <i>Określenie czasu leczenia w programie</i>).	C. Badania wymagane w ramach programu do leczenia w stadium uogólnienia NDRP - immunoterapia 1. Badania wymagane przy kwalifikacji do programu 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych; 2) potwierdzenie stanu odpowiednich czynników molekularnych (geny <i>EGFR</i> lub <i>ALK</i> lub <i>ROS1</i>) zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych - potwierdzone z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) potwierdzenie stopnia ekspresji białka PD-L1 zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych - potwierdzone z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 4) badania obrazowe przed rozpoczęciem leczenia: a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia;

niedrobnokomórkowego raka płuca, zgodnie z poniższymi kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji W celu zakwalifikowania pacjenta do terapii muszą zostać spełnione łącznie kryteria kwalifikacji ogólne oraz kryteria kwalifikacji szczegółowe dla poszczególnych terapii. Do leczenia zakwalifikowani mogą być wyłącznie chorzy, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia z powodu choroby zaawansowanej. Wyjątek mogą stanowić chorzy, którzy: a) otrzymali immunoterapię lub immunochemioterapię jako element radykalnego leczenia (immunoterapia lub immunochemioterapia skojarzona z leczeniem chirurgicznym, leczenie lub immunoterapia konsolidująca po radiochemioterapii) i nie potwierdzono progresji choroby do czasu zakończenia leczenia uzupełniającego/ konsolidującego oraz stwierdzono nawrót choroby po upływie co najmniej 12 miesięcy od ostatniej dawki immunoterapii lub b) otrzymali immunoterapię z powodu zaawansowanego raka niedrobnokomórkowego płuca, zakończono leczenie po 2 latach i nie potwierdzono progresji choroby do czasu zakończenia leczenia oraz stwierdzono progresję choroby po upływie nie mniej niż 6 miesięcy od ostatniej dawki immunoterapii i nie występują kliniczne przeciwwskazania do stosowania immunoterapii. 1.1. Kryteria kwalifikacji ogólne 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) ocena ekspresji białka PD-L1 – dotyczy kwalifikacji do leczenia I linii; 3) wykluczenie obecności wariantów patogennych w genach EGFR, ALK i ROS1 w przypadku raka gruczołowego, wielkomórkowego lub		b) tomografia komputerowa innych narządów podlegających ocenie RECIST do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; c) tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans ośrodkowego układu nerwowego do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia – dot. kwalifikacji do leczenia pierwszej linii atezolizumabem w monoterapii, przy przeciwwskazaniach do zastosowania pochodnych platyny; 5) badanie elektrokardiograficzne do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia 6) badania laboratoryjne do 7 dni przed rozpoczęciem leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH; 7) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej. 2. Badania wymagane do monitorowania terapii 1) badania obrazowe:
--	--	---

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; 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 WHO lub ECOG, wyjątek atezolizumab w monoterapii przy przeciwwskazaniach do zastosowania pochodnych platyny stopień 0-2 wg klasyfikacji 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 ordynowanego leku oraz ewentualnych terapii skojarzonych – zgodnie z aktualną ChPL; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych wymagających aktywnego leczenia lub niekontrolowanych stosowanym leczeniem.		a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza co 3 miesiące; b) tomografia komputerowa innych narządów podlegających ocenie RECIST co 3 miesiące; 2) badanie elektrokardiograficzne co 3 miesiące; 3) badania laboratoryjne co 4-6 tygodni (tj. co 2 cykle immunoterapii lub immunochemioterapii) przez pierwsze 3 miesiące i następnie co 3 miesiące: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH; 4) badania laboratoryjne – przed każdym podaniem chemioterapii skojarzonej: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;
---	--	--

1.2. Kryteria kwalifikacji szczegółowe do terapii <u>Leczenie pierwszej linii:</u> 1.2.1. pembrolizumabem lub atezolizumabem lub cemiplimabem w monoterapii 1) typ NDRP: rak płaskonabłonkowy lub raki o typach niepłaskonabłonkowych lub NOS; 2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: PD-L1 $\geq$ 50%; 1.2.2. tislelizumabem w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny 1) typ NDRP: raki o typach niepłaskonabłonkowych lub NOS; 2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: PD-L1 $\geq$ 50%; 1.2.3. pembrolizumabem w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny 1) typ NDRP: raki o typach niepłaskonabłonkowych lub NOS; 2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: PD-L1 $<$ 50%; 1.2.4. pembrolizumabem w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną 1) typ NDRP: rak płaskonabłonkowy lub NOS; 2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: PD-L1 $<$ 50%; 1.2.5. niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny 1) typ NDRP: rak płaskonabłonkowy lub raki o typach niepłaskonabłonkowych lub NOS; 2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: PD-L1 $<$ 50%; 1.2.6. cemiplimabem w skojarzeniu z paklitakselem i pochodną platyny 1) typ NDRP: rak płaskonabłonkowy lub NOS;		5) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej.
---	--	--

2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: PD-L1 $\geq$ 1%; 1.2.7. cemiplimabem w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny 1) typ NDRP: raki o typach niepłaskonabłonkowych lub NOS; 2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: PD-L1 $\geq$ 1%; 1.2.8. durwalumabem z tremelimumabem w skojarzeniu z gemcyabiną i pochodną platyny 1) typ NDRP: rak płaskonabłonkowy lub NOS; 2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: PD-L1 $<$ 50%; 1.2.9. durwalumabem z tremelimumabem w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny 1) typ NDRP: raki o typach niepłaskonabłonkowych lub NOS; 2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: PD-L1 $<$ 50%; 1.2.10. tislelizumabem w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną 1) typ NDRP: rak płaskonabłonkowy lub NOS; 2) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych: każdy znany status PD-L1. <u>Leczenie pierwszej linii przy przeciwwskazaniach do zastosowania pochodnych platyny</u> 1.2.11. atezolizumab w monoterapii 1) wszystkie typy NDRP; 2) obecność udokumentowanych przeciwwskazań do zastosowania pochodnych platyny zgodnie z wytycznymi postępowania; 3) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u		
--	--	--

chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (resekcja lub radioterapia); 4) nieobecność przerzutów w wątrobie; 5) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych – każdy znany status PD-L1. <u>Leczenie drugiej i kolejnej linii:</u> 1.2.12. niwolumabem lub atezolizumabem w monoterapii 1) wszystkie typy NDRP; 2) udokumentowane niepowodzenie leczenia chemioterapią; 3) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych – każdy znany status PD-L1. 1.2.13. tislelizumabem w monoterapii 1) wszystkie typy NDRP; 2) udokumentowane niepowodzenie leczenia chemioterapią – wymagane uprzednie leczenie schematami z pochodnymi platyny; 3) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją białka PD-L1 na komórkach nowotworowych – każdy znany status PD-L1. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z zasadami stosowania leków oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Określenie maksymalnego czasu leczenia w programie: 1) stosowanie inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych w chorobie zaawansowanej jest prowadzone przez maksymalnie 2 lata podczas pierwszej linii leczenia oraz podczas leczenia ponownego –		
---	--	--

pacjenci leczeni w programie ponad 2 lata zostają wyłączeni z programu (leczenie drugiej linii – do wystąpienia progresji choroby).

3. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie progresji potwierdzonej w badaniu obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST uwzględniając, iż:
 - a) w przypadku progresji wcześniej obecnych zmian lub 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 (warunek konieczny – możliwość przeprowadzenia leczenia z wykorzystaniem stereotaktycznej radioterapii wysokodawkowej lub resekcji);
 - b) w przypadku progresji wcześniej istniejących lub pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu leczenia miejscowego (radioterapia całego mózgowia, stereotaktyczna radioterapia wysokodawkowa lub resekcja)
- 2) wystąpienie poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 3) obniżenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów WHO lub ECOG, wyjątek: atezolizumab w monoterapii przy przeciwwskazaniach do zastosowania pochodnych platyny – stopień 3-4 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;
- 4) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą;
- 5) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji;

6) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualną ChPL lub podjęcie przez lekarza decyzji o zaprzestaniu podawania; 7) przerwanie stosowania leków: - na dłużej niż 12 tyg. – dotyczy wszystkich inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych; 8) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego).		
D. Leczenie NDRP w stadium uogólnienia – leczenie ukierunkowane molekularnie W ramach części D finansuje się <u>leczenie pierwszej linii - mutacja aktywująca w genie EGFR:</u> 1) afatynib w monoterapii; 2) ozymertynib w monoterapii; 3) ozymertynib (w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą pochodną platyny i pemetreksed); <u>leczenie pierwszej linii – aktywujące mutacje insercyjne w eksonie 20 EGFR</u> 4) amiwantamab dożylny (w skojarzeniu z karboplatiną i pemetreksedem) <u>leczenie pierwszej linii - delecje w eksonie 19 lub mutacje substytucyjne L858R w eksonie 21 genu EGFR</u> 5) amiwantamab podskórny w skojarzeniu z lazertynibem <u>leczenie drugiej lub kolejnych linii - mutacja aktywująca w genie EGFR</u> 6) ozymertynib w monoterapii; <u>leczenie drugiej lub kolejnych linii - mutacja T790M w genie EGFR</u> 7) ozymertynib w monoterapii; <u>leczenie pierwszej lub kolejnych linii - rearanżacja genów ALK lub ROS</u> 8) kryzotynib w monoterapii; <u>leczenie pierwszej lub kolejnych linii - rearanżacja genu ALK</u>	D. Dawkowanie i sposób podawania leków w stadium uogólnienia NDRP – leczenie ukierunkowane molekularnie Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnej ChPL. Szczególne warunki leczenia 1) w przypadku stosowania nintedanibu w skojarzeniu z docetakselem – stosowanie docetakselu jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie 6 cykli. 2) inhibitory KRAS - w programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia z użyciem inhibitora KRAS. Nie dotyczy to sytuacji zamiany jednego inhibitora na drugi w przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności - utrzymującej się po zredukowaniu dawki inhibitora KRAS zgodnie z zapisami ChPL - przy utrzymującej się efektywności terapeutycznej udokumentowanej na podstawie odpowiedniego badania obrazowego.	D. Badania wymagane w ramach programu do leczenia w stadium uogólnienia NDRP – leczenie ukierunkowane molekularnie 1. Badania wymagane przy kwalifikacji do programu 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych; 2) potwierdzenie stanu lub obecności odpowiednich wariantów patogennych genów <i>EGFR</i> lub <i>ALK</i> lub <i>ROS1</i> lub <i>KRAS</i> lub <i>BRAF V600E</i> zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych - potwierdzone z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) badania obrazowe przed rozpoczęciem leczenia: a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia;

9) alektynib w monoterapii; 10) brygatynib w monoterapii; 11) lorlatynib w monoterapii; <u>leczenie pierwszej lub kolejnych linii - rearanżacja genu ROS1</u> 12) entrektynib w monoterapii; <u>leczenie drugiej lub kolejnych linii - mutacja G12C w genie KRAS</u> 13) sotorasib w monoterapii; 14) adagrazyb w monoterapii; <u>leczenie pierwszej lub kolejnej linii – mutacja V600E w genie BRAF</u> 15) enkorafenib w skojarzeniu z binimetynibem <u>leczenie drugiej lub kolejnej linii</u> 16) nintedanib (w skojarzeniu z docetakselem) niedrobnokomórkowego raka płuca, zgodnie z poniższymi kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji W celu zakwalifikowania pacjenta do terapii muszą zostać spełnione łącznie kryteria kwalifikacji ogólne oraz kryteria kwalifikacji szczegółowe dla poszczególnych terapii. Ogólne kryteria kwalifikacji nie dotyczą leczenia nintedanibem. 1.1. Kryteria kwalifikacji ogólne 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne typu NDRP: raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub z przewagą raka wielkomórkowego lub NOS; 2) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia) (w przypadku nawrotu po wcześniejszym leczeniu uzupełniającym ozymertynibem lub alektynibem		b) tomografia komputerowa innych narządów podlegających ocenie RECIST do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia 4) badanie elektrokardiograficzne do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; 5) echokardiografia serca – dot. leczenia enkorafenibem z binimetynibem; 6) badania laboratoryjne do 7 dni przed rozpoczęciem leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej – dot. leczenia enkorafenibu z binimetynibem oraz alektynibem i brygatynibem; h) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu; 7) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. 2. Badania wymagane do monitorowania terapii 2.1. Inhibitory EGFR, ALK, ROS1, KRAS, BRAF/MEK, przeciwciała przeciwko EGFR-MET
---	--	--

kryterium czasu bez nawrotu wynosi co najmniej 12 miesięcy od zakończenia leczenia uzupełniającego); 3) potwierdzenie określonego wariantu patogennego (określone na wstępie części D programu); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST; 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 WHO lub ECOG (w przypadku zastosowania ozymertynibu w skojarzeniu z chemioterapią według schematu zawierającego pochodną platyny i pemetreksedu: sprawność 0-1 wg WHO lub ECOG); 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania danego produktu leczniczego albo chemioterapii opartej o pochodne platyny i pemetreksedu określonych w ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych wymagających aktywnego leczenia lub niekontrolowanych stosowanym leczeniem. 1.2. Kryteria kwalifikacji szczegółowe do terapii 1.2.1. inhibitory szlaku EGFR - afatynib, ozymertynib		1) badania obrazowe: a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza - co 3 miesiące przez pierwszy rok leczenia, a następnie co 6 miesięcy; b) tomografia komputerowa innych narządów podlegających ocenie RECIST - co 3 miesiące przez pierwszy rok leczenia, a następnie co 6 miesięcy; c) badanie tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu ośrodkowego układu nerwowego - co 6 miesięcy; 2) badanie elektrokardiograficzne - co 3 miesiące leczenia przez pierwszy rok leczenia, następnie co 6 miesięcy; 3) echokardiografia serca – dot. leczenia enkorafenibem z binimetynibem – w zależności od sytuacji klinicznej; 4) badania laboratoryjne - co 1 miesiąc przez pierwsze 3 miesiące leczenia, następnie co 3 miesiące leczenia, 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: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
---	--	---

1) wymagania co do wcześniejszej terapii: a) chorzy dotychczas nieleczeni z powodu choroby zaawansowanej lub przerzutowej - leczenie pierwszej linii – ozymertynib, afatynib; b) chorzy z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia afatynibem, dakomitynibem, erlotynibem, gefitynibem i potwierdzoną obecnością mutacji T790M w genie EGFR – ozymertynib; c) chorzy z niepowodzeniem chemioterapii – ozymertynib 1.2.2. przeciwciało przeciwko EGFR-MET – amiwantamab dożylny, amiwantamab podskórny w skojarzeniu z lazertynibem 1) wymagania co do wcześniejszej terapii - chorzy dotychczas nieleczeni z powodu choroby zaawansowanej lub przerzutowej - leczenie pierwszej linii - amiwantamab dożylny, amiwantamab podskórny w skojarzeniu z lazertynibem; 1.2.3. inhibitory szlaku ALK – kryzotynib, alektynib, brygatynib, lorlatynib 1) wymagania co do wcześniejszej terapii: a) chorzy dotychczas nieleczeni z powodu choroby zaawansowanej lub przerzutowej – leczenie pierwszej linii – lorlatynib, alektynib, brygatynib, kryzotynib; b) chorzy z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia alektynibem lub brygatynibem – lorlatynib; c) chorzy z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia kryzotynibem – alektynib, brygatynib; d) chorzy z niepowodzeniem chemioterapii – kryzotynib, alektynib, brygatynib; 1.2.4. inhibitory szlaku ROS1 – kryzotynib, entrektynib 1) wymagania co do wcześniejszej terapii: a) chorzy dotychczas nieleczeni z powodu choroby zaawansowanej lub przerzutowej - leczenie pierwszej linii – kryzotynib, entrektynib;		e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) lipidogram - w przypadku stosowania lorlatynibu; h) aktywność kinazy fosfokreatynowej - w przypadku alektynibu albo brygatynibu albo enkorafenibu z binimetynibem; 5) badania laboratoryjne – dot. leczenia skojarzonego ozymertynibem z chemioterapią oraz amiwantamabem z chemioterapią - przed każdym cyklem chemioterapii w tym przed pemetreksedem stosowanym w monoterapii: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 6) badanie okulistyczne, w tym dna oka, w razie wskazań klinicznych – dot. terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem; 7) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej. 2.2. Inhibitor angiokinaz – nintedanib 1) badania obrazowe: a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza - co 2 cykle
--	--	---

b) chorzy z niepowodzeniem chemioterapii – kryzotynib, entrektynib; 1.2.5. inhibitory szlaku KRAS – sotorasib, adagrazyb 1) wymagania co do wcześniejszej terapii: a) chorzy z niepowodzeniem leczenia pierwszej linii (chemioterapia lub chemioimmunoterapia lub immunoterapia) u chorych z mutacją G12C w genie KRAS – sotorasib albo adagrazyb; 1.2.6. inhibitory kinaz BRAF/MEK – enkorafenib, binimetynib 1) wymagania co do wcześniejszej terapii: 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 i chorych z przeciwwskazaniami do chemioterapii opartej na pochodnych platyny niezależnie od wieku dopuszcza się stosowanie monoterapii) lub immunoterapii (niezależnie czy stosowana była w skojarzeniu z chemioterapią czy w sekwencji); 1.2.7. inhibitor angiokinaz – nintedanib 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne typu NDRP: raka gruczołowego; 2) wykluczenie wariantów patogennych 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, resekcja); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (resekcja, radioterapia); 6) wiek powyżej 18. roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;		chemioterapii docetaksel z nintedanibem przez 6 cykli leczenia, a następnie co 3 miesiące (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); b) badanie tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu ośrodkowego układu nerwowego - co 12 miesięcy; 2) badanie elektrokardiograficzne - co 3 miesiące; 3) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej.
---	--	---

8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego); 9) wykluczenie współwystępowania choroby zakrzepowo-zatorowej; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z zapisami aktualnej 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 aktualnie leczonych lub niekontrolowanych stosowanym leczeniem. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z zasadami stosowania leków oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. 3. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie progresji potwierdzonej w badaniu obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST uwzględniając, iż: a) w przypadku progresji wcześniej obecnych zmian lub 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/MEK, przeciwciałem przeciwko EGFR-MET dopuszcza się kontynuowanie leczenia po		
---	--	--

zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (warunek konieczny – możliwość przeprowadzenia leczenia z wykorzystaniem stereotaktycznej radioterapii wysokodawkowej lub resekcji); b) w przypadku progresji wcześniej istniejących lub pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK, ROS1, KRAS, BRAF/MEK, przeciwciałem przeciwko EGFR-MET dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu leczenia miejscowego (radioterapia całego mózgowia, stereotaktyczna radioterapia wysokodawkowa lub resekcja) 2) wystąpienie poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) obniżenie stanu sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów WHO lub ECOG; 4) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą; 5) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji; 6) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualną ChPL lub podjęcie przez lekarza decyzji o zaprzestaniu podawania; 7) przerwanie stosowania leków: - na dłużej niż 12 tyg. – dotyczy inhibitorów: EGFR, ALK, ROS1, KRAS, BRAF/MEK, przeciwciała przeciw EGFR-MET; - na dłużej niż 8 tyg. – dotyczy nintedanibu; 8) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego).		
II. LECZENIE DROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (DRP):		
A. Leczenie w stadium miejscowego zaawansowania DRP W ramach części A finansuje się	A. Dawkowanie i sposób podawania leków w stadium miejscowego zaawansowania DRP	A. Badania wymagane w ramach programu do leczenia w stadium miejscowego zaawansowania DRP

<u>leczenie konsolidujące:</u> 1) durwalumabem po chemioradioterapii jednoczesnej opartej na pochodnych platyny drobnokomórkowego raka płuca, zgodnie z poniższymi kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne drobnokomórkowego raka płuca; 2) zaawansowanie kliniczne: ograniczona postać choroby (ang. limited stage) wg klasyfikacji VASLG lub I – III stopień zaawansowania wg klasyfikacji TNM 8 - chorzy po radykalnej chemioradioterapii jednoczesnej z zastosowaniem pochodnych platyny, gdzie napromienianie klatki piersiowej należy rozpocząć przed rozpoczęciem 3. cyklu chemioterapii; 3) wykluczenie progresji choroby po chemioradioterapii jednoczesnej, gdzie napromienianie klatki piersiowej należy rozpocząć przed rozpoczęciem 3. cyklu chemioterapii – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu chemioradioterapii); 4) wiek powyżej 18 roku życia; 5) stopień sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyjątkiem cukrzycy, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, wyprysku, liszaja płaskiego i bielactwa; 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL;	Dawkowanie, ewentualne okresowe przerwania leczenia oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnej ChPL (maksymalny czas leczenia określony w pkt. 2. <i>Określenie czasu leczenia w programie</i>).	1. Badania wymagane przy kwalifikacji do programu 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie drobnokomórkowego raka płuca; 2) obrazowanie (MR lub KT) OUN oraz tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; 3) badanie elektrokardiograficzne do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; 4) badania laboratoryjne do 7 dni przed rozpoczęciem leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH; 5) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej. 2. Badania wymagane do monitorowania terapii 1) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza - co 3 miesiące;
--	---	--

10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w ChPL; 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; 12) leczenie metodą profilaktycznego napromieniania czaszki może zostać zastosowane według uznania lekarza prowadzącego i zgodnie z lokalnymi standardami opieki medycznej; leczenie to musi zostać przeprowadzone po zakończeniu chemioradioterapii i przed podaniem pierwszej dawki durwalumabu; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z zasadami stosowania leków oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Określenie maksymalnego czasu leczenia w programie: 1) leczenie konsolidujące durwalumabem po chemioradioterapii jednoczesnej – maksymalnie 24 miesiące. 3. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie progresji potwierdzonej w badaniu obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST; 2) wystąpienie poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) obniżenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów WHO lub ECOG; 4) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą;		2) badanie tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu ośrodkowego układu nerwowego - co 3 miesiące; 3) elektrokardiografia - co 3 miesiące leczenia; 4) badania laboratoryjne co 1 miesiąc przez pierwsze 3 miesiące leczenia, następnie co 3 miesiące leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH – dot. leczenia konsolidującego durwalumabem; 5) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej.
--	--	--

5) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji; 6) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualną ChPL lub podjęcie przez lekarza decyzji o zaprzestaniu podawania; 7) przerwanie stosowania leków: - na dłużej niż 12 tyg. – dotyczy durwalumabu; 8) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego).		
B. Leczenie w stadium uogólnienia DRP W ramach części B finansuje się <u>leczenie pierwszej linii</u> 1) atezolizumabem (w skojarzeniu z karboplatiną oraz etopozydem w fazie indukcji) 2) durwalumabem (w skojarzeniu z cisplatyną lub karboplatiną i etopozydem w fazie indukcji) 3) serplulimabem (w skojarzeniu z karboplatiną oraz etopozydem w fazie indukcji) drobnokomórkowego raka płuca, zgodnie z poniższymi kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne drobnokomórkowego raka płuca; 2) zaawansowanie kliniczne w stadium choroby rozległej (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; 4) wiek powyżej 18. roku życia;	B. Dawkowanie i sposób podawania leków w stadium uogólnienia DRP Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnej ChPL. Szczególne warunki leczenia W przypadku leczenia DRP atezolizumabem lub durwalumabem lub serplulimabem - dopuszcza się profilaktyczną radioterapię ośrodkowego układu nerwowego w trakcie stosowania atezolizumabu lub durwalumabu lub serplulimabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia).	B. Badania wymagane w ramach programu do leczenia w stadium uogólnienia DRP 1. Badania wymagane przy kwalifikacji do programu 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie drobnokomórkowego raka płuca; 2) badania obrazowe przed rozpoczęciem leczenia: a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; b) tomografia komputerowa innych narządów podlegających ocenie RECIST do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia c) tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans ośrodkowego układu nerwowego do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia 3) elektrokardiografia do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; 4) badania laboratoryjne do 7 dni przed rozpoczęciem leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem;

5) stopień sprawności 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 7) nieobecność przeciwwskazań do stosowania danego produktu leczniczego albo chemioterapii skojarzonej określonych w ChPL 8) czynność narządów umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych wymagających aktywnego leczenia lub niekontrolowanych stosowanym leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z zasadami stosowania leków oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. 3. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST; 2) wystąpienie poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) obniżenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów WHO lub ECOG; 4) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą; 5) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji;		b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH; 5) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej. 2. Badania wymagane do monitorowania terapii 1) badania obrazowe: a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza - co 2 cykle w trakcie immunochemioterapii, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); b) tomografia komputerowa innych narządów podlegających ocenie RECIST - co 2 cykle w trakcie immunochemioterapii, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); c) tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans ośrodkowego układu nerwowego - co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);
---	--	---

6) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualną ChPL lub podjęcie przez lekarza decyzji o zaprzestaniu podawania; 7) przerwanie stosowania leków: - na dłużej niż 12 tyg. – dotyczy wszystkich inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych; 8) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego).		2) badania laboratoryjne - przed każdym cyklem chemioterapii skojarzonej, a w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia immunoterapią) co 3 miesiące: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH; 3) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej
III. LECZENIE MIĘDZYBŁONIAKA OPŁUCNEJ		
W ramach modułu III finansuje się <u>leczenie pierwszej linii</u>: 1) niwolumabem w skojarzeniu z ipilumabem międzybłoniaka opłucnej, zgodnie z poniższymi kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie międzybłoniaka opłucnej niekwalifikującego się do leczenia radykalnego; 2) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (resekcja, radioterapia);	Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.	1. Badania wymagane przy kwalifikacji do programu 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie międzybłoniaka opłucnej zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych; 2) badania obrazowe przed rozpoczęciem leczenia: a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia;

3) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST; 4) wiek powyżej 18. roku życia; 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 7) nieobecność aktywnych chorób stanowiących przeciwwskazanie do immunoterapii; 8) czynność narządów umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych wymagających aktywnego leczenia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z zasadami stosowania leków oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Określenie maksymalnego czasu leczenia w programie: 1) stosowanie niwolumabu i ipilimumabu jest prowadzone przez maksymalnie 2 lata – pacjenci leczeni w programie ponad 2 lata zostają wyłączeni z programu. Możliwy jest powrót do immunoterapii u pacjentów, u których zakończono leczenie po 2 latach i nie potwierdzono progresji choroby do czasu zakończenia leczenia oraz stwierdzono progresję choroby po upływie nie mniej niż 6 miesięcy od ostatniej dawki immunoterapii i nie występują kliniczne przeciwwskazania do stosowania immunoterapii.		b) tomografia komputerowa innych narządów podlegających ocenie RECIST do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; 3) elektrokardiografia do 30 dni przed rozpoczęciem leczenia; 4) badania laboratoryjne do 7 dni przed rozpoczęciem leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenia stężenia kreatyniny; c) oznaczenie stężenia bilirubiny; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; g) oznaczenie T3, T4 i TSH; 5) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej. 2. Badania wymagane do monitorowania terapii 1) badania obrazowe: a) tomografia komputerowa klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza co 3 miesiące leczenia; b) tomografia komputerowa innych narządów podlegających ocenie RECIST co 3 miesiące leczenia; 2) elektrokardiografia co 3 miesiące leczenia;
---	--	--

3. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST uwzględniając, iż:
 - a) w przypadku progresji wcześniej obecnych zmian lub 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 (warunek konieczny – możliwość przeprowadzenia leczenia z wykorzystaniem stereotaktycznej radioterapii wysokodawkowej lub resekcji);
 - b) w przypadku progresji wcześniej istniejących lub pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu leczenia miejscowego (radioterapia całego mózgowia, stereotaktyczna radioterapia wysokodawkowa lub resekcja);
- 2) wystąpienie poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 3) obniżenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów WHO lub ECOG;
- 4) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą;
- 5) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji;
- 6) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualną ChPL lub podjęcie przez lekarza decyzji o zaprzestaniu podawania;
- 7) przerwanie stosowania leków:
 - na dłużej niż 12 tyg. – dotyczy wszystkich inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych;

- 3) badania laboratoryjne co 6 tygodni przez pierwsze 3 miesiące leczenia, następnie co 3 miesiące leczenia:
 - a) morfologia krwi z rozmazem;
 - b) oznaczenia stężenia kreatyniny;
 - c) oznaczenie stężenia bilirubiny;
 - d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
 - f) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;
 - g) oznaczenie T3, T4 i TSH;
- 4) inne badania obrazowe i laboratoryjne w zależności od sytuacji klinicznej.

8) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego).		
--	--	--

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 zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi substancjami: 1) trastuzumab; 2) pertuzumab; 3) trastuzumab emtanzyna; 4) tukatynib; 5) trastuzumab derukstekan. W leczeniu przedoperacyjnym stosowany jest: trastuzumab lub trastuzumab z pertuzumabem (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 zaawansowanego 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) rybocyklibem; 2) abemacyklibem; 3) alpelisybem; 4) kapiwasertybem; 5) talazoparybem; 6) olaparybem. W leczeniu uzupełniającym luminalnego HER2-ujemnego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi stosowany jest: 1) olaparyb w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną w leczeniu adjuwantowym dorosłych pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową.	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,
---	---	---

W leczeniu przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (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 rybocyklib) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy w pierwszej lub drugiej linii leczenia; 2) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej 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 okołoperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej). W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów PARP. W programie finansuje się leczenie przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (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 – łącznie z inhibitorami CDK4/6) na jakimkolwiek etapie choroby i co najmniej dwiema liniami chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej (jeśli czas wolny	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
---	---	--

od choroby wyniósł mniej niż 12 mies. od zastosowania chemioterapii okołoperacyjnej, chemioterapia okołoperacyjna traktowana jest jako jedna linia terapii systemowej w chorobie zaawansowanej): 1) sacytuzumabem gowitekan. W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) potrójnie ujemnego raka piersi substancjami: 1) pembrolizumabem; 2) talazoparybem; 3) olaparybem; 4) sacytuzumabem gowitekan. Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu. 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 rybocyklidem; 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 okołoperacyjnym; 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 okołoperacyjnym lub paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie nie więcej niż 2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołoperacyjnej 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 okołoperacyjnie 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 dobową abemacyklibu: 300 mg/dobę (2 x 150 mg) codziennie (1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dawka dobową rybocyklibu: 400 mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Rozpoczęcie terapii abemacyklibem albo rybocyklibem powinno mieć miejsce nie później niż 12 miesięcy od rozpoczęcia hormonoterapii neoadjuwantowej lub uzupełniającej (po radykalnym leczeniu operacyjnym). Dawka dobową inhibitorów aromatazy lub antagonisty estrogeny stosowanych w skojarzeniu z abemacyklibem albo inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z rybocyklibem: a) letrozol: 2,5mg/dobę b) anastrozol: 1 mg/dobę c) eksemestan: 25 mg/ dobę d) tamoksyfen: 20 mg/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.
--	--	---

lecniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i chemioterapię 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 chemioterapię: – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 20 mm i jest obecny jest	U chorych z zachowaną czynnością jajników w okresie przed- i około menopauzalnym należy rozważyć stosowanie jednocześnie gosereliny. 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 choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez	Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia olaparybem. 1.4. Leczenie okołoperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi 1.4.1. Wykaz badań przy kwalifikacji a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) morfologia krwi z rozmazem, c) stężenie kreatyniny, 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
--	--	---

przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub nie ma ekspresji receptorów ER i PgR, lub – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego, albo c) w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem: – wyjściowo średnica guza powyżej 5mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymały systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające trastuzumab lub pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią), lub – średnica komponentu inwazyjnego guza piersi powyżej 5mm lub obecność 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 piersi 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,	lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. 1.3. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi Zalecana maksymalna dobową dawkę 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 przedoperacyjnego
--	--	--

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	(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 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. <u>Kryteria kwalifikacji wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi; 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych $\geq 1\%$; 4) udokumentowany brak nadmiernej ekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 5) obecność następujących cech wysokiego ryzyka nawrotu określonych klinicznie lub patomorfologicznie: – 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:	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 germlinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu albo olaparybu, c) potwierdzona mutacja genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu – tylko w przypadku 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,
--	---	--

- o stopień złośliwości histologicznej G3 albo - o stopień złośliwości histologicznej G2 z występowaniem któregokolwiek z następujących kryteriów: ➤ Ki-67 $\geq$ 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); 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.	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,
--	---	---

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; 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 BRCA1 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:	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 docetaksem 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,
--	--	--

- 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 $\geq pN1$) lub inwazyjny guz pierwotny o średnicy przynajmniej 2 cm (cecha $\geq pT2$), - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR), lub b) rak piersi z udokumentowaną ekspresją steroidowych receptorów hormonalnych: - w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu lub hormonoterapii przedoperacyjnej - obecność choroby przerzutowej w węzłach chłonnych, - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR), 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 8) brak przeciwwskazań do stosowania olaparybu; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 10) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.	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 dobową dawką 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).	h) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6, i) EKG (tylko w przypadku rybocyklibu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), 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,
--	--	--

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. <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony i dotychczas nieleczony potrójnie ujemny rak piersi; 3) udokumentowany brak ekspresji steroidowych receptorów hormonalnych (<1%); 4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/- w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 5) kliniczny stopień zaawansowania T1-4 i N1-N2 lub T2-T4 i N0 6) wartość LVEF co najmniej 50%; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;	Dawka trastuzumabu podskórnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 600 mg (w każdym cyklu). Każdy cykl leczenia trastuzumabu w skojarzeniu z tukatynibem obejmuje 21 dni. Maksymalna dobową dawkę kapecytabiny w skojarzeniu z tukatynibem: 2000 mg/m² powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych. Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. 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).	– dodatkowo morfologia przed każdym podaniem paklitakselu – w przypadku leczenia trastuzumabem w skojarzeniu z paklitaksemem, – 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 apelisibem 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
--	---	---

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 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)	Możliwość redukcji dawki zgodnie z aktualną ChPL. 2.2.1. Czas leczenia Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. 2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego Zalecana maksymalna dawka dobową rybocyklibu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dawka dobową abemacyklibu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dobową dawka alpelisybu: 300 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobową dawka kapiwasertybu: 800 mg/dobę (codziennie przez 4 dni, następnie przerwa 3 dni w każdym tygodniu, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dobową dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobową dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie). Dawka fulwestrantu stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6 lub alpelisybem lub	– przed każdym cyklem leczenia w przypadku stosowania pembrolizumabu – punkty a-e, – nie rzadziej niż raz na 6 tygodni w przypadku w leczenia przerzutowego raka piersi pembrolizumabem – punkt f oraz j; 2) badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki) – nie dotyczy inhibitorów CDK4/6, alpelisybu, 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
--	--	--

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 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%;	kapiwasertybem: 500mg/dobę (podawany w 1,15 oraz 29 dniu a następnie raz na miesiąc). Dawka dobową inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6: a) letrozol: 2,5mg/dobę, b) anastrozol: 1 mg/dobę, c) eksemestan: 25 mg/ dobę. W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie 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 świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.	lub miednicy lub MR (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie), d) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu 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.
---	---	--

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. 2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2 obejmuje w programie: 2.2.1 leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem w monoterapii po uprzednim leczeniu systemowym <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi: a) uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwałe niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) udokumentowana niska ekspresją receptora HER2 (IHC /1+/ lub IHC /2+/ i ISH +/- niezależnie od statusu receptorów hormonalnych;	2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi Zalecana maksymalna dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym. Zalecana maksymalna dobową dawkę talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobową dawkę 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.	Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD), c) progresję choroby (PD), d) czas do progresji (PFS). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD), progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej
--	---	---

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 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 rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

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.

Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:
 - a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)

lub b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych $\geq 1\%$; 4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – nie dotyczy sacytuzumabu gowitekanu; 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 oceniona badaniem ISH (wynik +/-) u chorych z wynikiem /2+/ w badaniu IHC – dotyczy sacytuzumabu gowitekanu; 6) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu; 7) udokumentowana obecność co najmniej jednej zmiany w genach: PIK3CA lub AKT1 lub PTEN – tylko w przypadku kapiwasertybu; 8) udokumentowana obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu; 9) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 10) stan: a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): – stan po obustronnym usunięciu jajników, – brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn), – brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH,		
---	--	--

Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK 4/6 lub kapiwasertybu; b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego (w takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH)). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6 lub kapiwasertybu; c) mężczyźni (należy rozważyć podawanie agonisty LHRH zgodnie z obecnie obowiązującymi standardami postępowania klinicznego). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania kapiwasertybu; 11) kobiety w stanie pomenopauzalnym zdefiniowanym jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): a) stan po obustronnym usunięciu jajników, b) brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn), c) brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH, lub mężczyźni. Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania 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 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 mięsrowych 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 abemacyklilu lub rybocyklilu z fulwestrantem: a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi, lub b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy, lub c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu. Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6; 17) w przypadku sacytuzumabu gowitekanu przebyte leczenie: a) terapią hormonalną (samodzielnie bądź w skojarzeniu w tym – łącznie z inhibitorami CDK4/6) na jakimkolwiek etapie choroby, oraz b) co najmniej dwiema liniami chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej (jeśli czas wolny od choroby wyniósł mniej niż 12 mies. od zastosowania chemioterapii okołoperacyjnej, chemioterapia		
--	--	--

okołooperacyjna traktowana jest jako jedna linia terapii systemowej w chorobie zaawansowanej); Kryterium kwalifikacji w przypadku zastosowania sacytuzumabu go witkanu. 18) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 19) nieobecność maszynych 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 rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy. Dodatkowo u pacjentek, które rozpoczęły leczenie palbocyklibem przed 01.10.2026 r., w celu zapewnienia możliwości kontynuacji terapii, dopuszcza się zmianę palbocyklibu na inny inhibitor CDK 4/6 dostępny w programie (abemacyklib albo rybocyklib) z zachowaniem dotychczasowej linii leczenia. Zmiana ta nie		
---	--	--

wymaga ponownej kwalifikacji do leczenia i nie jest traktowana jako zmiana linii leczenia.

2.4. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:

2.4.1. leczenie przerzutowego lub miejscowo nieoperacyjnego, nawrotowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 pembrolizumabem w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatiną (I linia leczenia TNBC)

albo

2.4.2. leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii talazoparybem albo olaparybem chorych z obecnością mutacji germylnych w genach BRCA1/2 (I lub II lub III linia leczenia TNBC)

albo

2.4.3. leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem (II lub III lub IV linia leczenia TNBC).

Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:
 - a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania),
lub
 - b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);
- 3) histologicznie potwierdzony potrójnie ujemny rak piersi;
- 4) udokumentowany brak ekspresji steroidowych receptorów hormonalnych $\geq 1\%$;

5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 6) udokumentowana obecność 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 umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 14) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		
---	--	--

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

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;
- 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 4) obniżenie sprawności:
 - a) do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia wczesnego HER2-dodatniego lub HER2-ujemnego lub potrójnie ujemnego raka piersi 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 kontynuację leczenia;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków, w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym lub Konsultantem Wojewódzkim oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku;

8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekunów prawnych.		
--	--	--

Załącznik B.10.

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM NERKI (ICD-10: C64)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
LECZENIE ADJUWANTOWE		
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia <i>pembrolizumabem</i> 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym; 2) pośrednie wysokie lub wysokie ryzyko wznowy raka nerki lub chory w stadium M1 bez objawów choroby (NED, No Evidence of Disease): a) pośrednie-wysokie ryzyko: – pT2 ze stopniem złośliwości histologicznej 4 (ang. Grade 4) lub cechami mięsakowatymi, bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0), – pT3, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0), b) wysokie ryzyko: – pT4, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0), – dowolny pT, każdy stopień złośliwości histologicznej z zajęciem węzłów chłonnych i nieobecnością przerzutów odległych (M0), c) stadium M1 bez objawów choroby:	1. Dawkowanie <i>pembrolizumabu</i> Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>pembrolizumabem</i> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 11) oznaczenie poziomu glukozy; 12) oznaczenie jonogramu (sód, potas); 13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;

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

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

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
I LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym - w przypadku <i>niwolumabu</i> z <i>ipilimumabem</i>, c) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego - w przypadku <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>, <i>pembrolizumabu</i> z <i>aksytynibem</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki; 4) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 5) ukończony 18. rok życia;	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>kabozantynibem</i> w połączeniu z <i>niwolumabem</i>, <i>niwolumabem</i> w połączeniu z <i>ipilimumabem</i>, <i>pembrolizumabem</i> w połączeniu z <i>aksytynibem</i> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla <i>ipilimumabu</i> z <i>niwolumabem</i>, <i>kabozantynibu</i>, <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>, <i>pembrolizumabu</i> z <i>aksytynibem</i>; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>, <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>, <i>pembrolizumabu</i> z <i>aksytynibem</i>; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie);

- 6) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone udokumentowaną decyzją konsylium multidyscyplinarnego;
- 7) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST);
- 8) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
- 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;
- 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL;
- 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. 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, pembrolizumabu z aksytynibem;
- 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla ipilimumabu z niwolumabem, kabozantynibu, kabozantynibu z niwolumabem, pembrolizumabu z aksytynibem;
- 8) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

- 3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;
- 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);
- 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.

1.2.3. *kabozantinibem* w skojarzeniu z *niwolumabem*

- 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC;
- 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;
- 3) brak wcześniejszego leczenia *kabozantinibem* w monoterapii;
- 4) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;
- 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);
- 6) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.

1.2.4. *pembrolizumabem* w skojarzeniu z *aksytynibem*

Badania wykonuje się:

- 1) nie rzadziej niż co 4-8 tygodni - w przypadku leczenia *kabozantinibem* i *niwolumabem* w fazie monoterapii, *kabozantinibem* i *niwolumabem* oraz *pembrolizumabem* i *aksytynibem* 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.

1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC; 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego; 3) brak wcześniejszego leczenia <i>akсыtynibem</i> w monoterapii; 4) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 6) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku <i>niwolumabu</i> z <i>ipilimumabem</i> z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod		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.
---	--	--

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 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, z 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 <i>kabozantynibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym- w przypadku <i>niwolumabu</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia; 5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla <i>kabozantynibu</i> i <i>niwolumabu</i>; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 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
---	---	---

9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. kabozantinibem 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin; 2) brak wcześniejszego leczenia <i>kabozantinibem</i>. 1.2.2. niwolumabem 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym; 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;		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 <i>kabozantinibu</i>; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla <i>kabozantinibu</i> i <i>niwolumabu</i>; 8) pomiar ciśnienia tętniczego; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni. Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru; 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.
---	--	--

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 <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu ostatnich 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;		Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnień 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 opóźnień 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 częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie
---	--	--

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, z wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one drugiej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
III LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem;

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym – w przypadku <i>niwolumabu</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia; 5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL;	Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie); 15) elektrokardiogram (EKG); 16) pomiar ciśnienia tętniczego; 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.
--	---	---

11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia 1.2.1. kabozantinibem 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym w 1. linii leczenia (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin) oraz <i>niwolumabem</i> w 2. linii leczenia; 2) brak wcześniejszego leczenia <i>kabozantinibem</i>. 1.2.2. niwolumabem 1) udokumentowane niepowodzenie dwóch linii wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin); 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego; 3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub	2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantinibu</i>; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 8) pomiar ciśnienia tętniczego; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni. Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru; 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);
---	---

równoważnej dawki innego leku korytkosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia <i>niwolumabem</i> (korytkosteroidy wziewne są dozwolone); 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) ciąża lub okres karmienia piersią; 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z	3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	---

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, z wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one trzeciej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		
---	--	--

Załącznik B.12.FM.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI B-KOMÓRKOWE (ICD-10: C82, C83, C85)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA GRUDKOWEGO (ICD-10: C82)		
W ramach części I. programu lekowego w niżej wskazanych liniach leczenia chorym na chłoniaka grudkowego udostępnia się terapie: 1) w 1. linii leczenia – <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)</i>; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną</i>; 3) w 3. lub kolejnych liniach leczenia: a) <i>mosunetuzumabem w monoterapii</i>, - lub b) <i>epkorytamabem w monoterapii</i>. <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. 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) <u>Obinutuzumab w cyklu 1.:</u> w dawce 1000 mg podawany w skojarzeniu z chemioterapią w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia. <u>Obinutuzumab w cyklach 2-6 lub 2-8 (liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego):</u> w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia. <u>Chemioterapia:</u>	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 5) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 6) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej, w tym ocena obecności antygenu CD20 – w przypadku kwalifikacji do 1. linii leczenia; 7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA;

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) <u>CHOP</u> – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu albo 2) <u>CVP</u> – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu albo 3) <u>Bendamustyna</u> – w dawce 90 mg/m² pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia Leczenie indukujące obejmuje nie więcej niż 6-8 cykli w przypadku połączenia z chemioterapią CHOP lub CVP i nie więcej niż 6 cykli w przypadku połączenia z bendamustyną. 1.1.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii <u>Obinutuzumab</u>: w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego. 1.2. obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia 1.2.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną <u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: w dawce 1000 mg w podawany w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu),	8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA; 9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). W przypadku lokalizacji pozawązłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia elektrolitów: a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. Badania wykonuje się: a) w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia oraz w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym cyklem oraz dodatkowo w cyklu 1 przed podaniem obinutuzumabu w dniu 8 i 15,
---	---	---

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 przeciwiało 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 przeciwiało 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. <u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> w dawce 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia. <u>Bendamustyna w cyklach 1-6:</u> w dawce 90 mg/m² pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia. 1.2.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii <u>Obinutuzumab:</u> w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego. 1.3. mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). Cykl 1: mosunetuzumab podawany w infuzji w dawce: – 1 mg w 1. dniu cyklu 1., – 2 mg w 8. dniu cyklu 1., oraz – 60 mg w 15. dniu cyklu 1. Cykl 2: mosunetuzumab podawany w dawce 60 mg w 1. dniu cyklu 2. Cykl 3 i kolejne: mosunetuzumab podawany w dawce 30 mg w 1. dniu cyklu 3. i każdego kolejnego cyklu.	b) w przypadku terapii mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym podaniem leku, 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: <u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnym 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: <u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnym 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 – <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i>; b) w 2. lub kolejnych liniach leczenia: – <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i>, – <i>tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</i>, – <i>glofitamab w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną</i>; c) w 3. lub kolejnych liniach leczenia: – <i>lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</i>, – <i>epkorytamab w monoterapii albo glofitamab w monoterapii</i>,	1. Dawkowanie leków 1.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). 1.1.1. Cykle 1-6: <u>Polatuzumab wedotyny</u> w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylniej co 21 dni w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (R-CHP) przez 6 cykli. Polatuzumab wedotyny, rytuksymab, cyklofosfamid i doksorubicyna mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu po podaniu prednizonu. <u>Rytuksymab</u> – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu.	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 – <i>lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</i>. <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) 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:	<u>Cyklofosfamid</u> – zalecana dawka cyklofosfamidu wynosi 750 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu. <u>Doksorubicyna</u> – zalecana dawka doksorubicyny wynosi 50 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu. <u>Prednizon</u> – zalecana dawka prednizonu wynosi 100 mg/dobę doustnie w dniach 1-5 każdego cyklu. 1.1.2. Cykle 7-8: <u>Rytuksymab</u> podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 375 mg/m² pc. w 1. dniu cyklu 7 i cyklu 8. 1.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). <u>Polatuzumab wedotyny</u> w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylniej co 21 dni w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem przez 6 cykli. Polatuzumab wedotyny, bendamustyna i rytuksymab mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu. Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl. <u>Bendamustyna</u> – zalecana dawka wynosi 90 mg/m² pc. /dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu. <u>Rytuksymab</u> – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu.	dotatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 8) dodatkowo w przypadku terapii <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> oraz <i>glofitamabem w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną</i> – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) dodatkowo w przypadku terapii <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i>: a) elektrokardiografia (EKG), b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA, c) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 10) dodatkowo w przypadku terapii <i>lonkastuksymabem tezyryny w monoterapii</i> – oznaczenie aktywności γ-glutamylotransferazy (GGTP). W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem lub polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem 2.1.1. Badania przeprowadzane przed każdym cyklem: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
---	---	--

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 nieleczonego chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL); 3) międzynarodowy indeks prognostyczny (IPI) 3-5; 4) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia; 5) stężenie bilirubiny $\leq 1,5$ razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium). 1.2.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 3) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 4) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego; 5) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia; 6) stężenie bilirubiny $\leq 1,5$ razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium). 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: <u>Tafasytamab</u> w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. podawany w infuzji dożylniej: – w cyklu 1. – w dniach 1., 4., 8., 15., i 22., – w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu, – od cyklu 4. do cyklu 12. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu. <u>Lenalidomid</u> – zalecana dawka początkowa wynosi 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu – od cyklu 1. do cyklu 12. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. 1.3.2. Od 13 cyklu: Tafasytamab od 13. cyklu podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. w infuzji dożylniej – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.	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, <i>de novo</i> 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 anti-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. <u>Glofitamab</u> podawany jest dożylnie w dawce: – 2,5 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie – w dawce 10 mg w dniu 15. cyklu 1. Gemcytabina – podawana jest dożylnie w dawce 1000 mg/ m² pc. w dniu 2. cyklu 1., przed podaniem oksaliplatyny. Oksaliplatyna – podawana jest dożylnie w dawce 100 mg/ m² pc. w dniu 2. cyklu 1. 1.4.2. Cykle 2-8: <u>Glofitamab</u> 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/ m² 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/ m² 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) <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> – 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: <u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnym 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: <u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnym 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) <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i> – leczenie kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli; 3) <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i> – maksymalny czas leczenia tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem wynosi 12 cykli, natomiast przez kolejne cykle tafasytamab jest podawany w monoterapii do momentu wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 4) <i>glofitamabem w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną</i> – 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) <i>epkorytamabem w monoterapii</i> – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 6) <i>glofitamabem w monoterapii</i> – maksymalny czas leczenia wynosi 12 cykli (21-dniowych); 7) <i>lonkastuksymabem tezyryny w monoterapii</i> – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 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. <u>Glofitamab</u> podawany jest dożylnie w dawce: – 2,5 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie – w dawce 10 mg w dniu 15. cyklu 1. 1.6.2. Cykle 2-12: <u>Glofitamab</u> 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). <u>Lonkastuksymab tezyryny</u> podawany jest dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dawce: – 0,15 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 1., następnie	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 <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> lub <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i>, b) po 3 cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia), po 12 cyklach leczenia (w trakcie 13. miesiąca leczenia) oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii <i>tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</i>,
--	--	--

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 <i>glofitamab w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną, epkorytamab w monoterapii, glofitamab w monoterapii oraz lonkastuksymab tezyryny w monoterapii.</i> Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia, z wyjątkiem oceny po 3 cyklu leczenia, podczas której można zastosować TK, nawet jeśli przy kwalifikacji do programu wykonano badanie PET-TK. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.
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 płaszczu (MCL) udostępnia się terapię ibrutynibem w monoterapii, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka z komórek płaszczu; 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 anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-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, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>. 1. Kryteria kwalifikacji 1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka strefy brzeżnej, niezależnie od jego podtypu i lokalizacji, zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami;	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 Lecznego; 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 Lecznego; 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 Lecznego; 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 Lecznego.	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 pozawzłowej 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 cytoleucelu 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 cytoleucelu albo tisagenlecleucelem albo lizokabtagenem maraleucelu; 4) chorym na stransformowanego w DLBCL chłoniaka grudkowego (TFL) – aksykabtagenem cytoleucelu albo tisagenlecleucelem; 5) chorym na pierwotnego chłoniaka śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL) – aksykabtagenem cytoleucelu 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 anti-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 cytoleucelu

- 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL) (badanie histopatologiczne z okresu rozpoznania lub dodatkowe badanie – jeśli są wskazania kliniczne);
- 2) nawrót choroby w ciągu 12 miesięcy od zakończenia immunochemioterapii 1. linii lub choroba oporna na immunochemioterapię 1. linii;
- 3) kwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (autoHSCT) w momencie kwalifikacji do programu lekowego.

1.5. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka DLBCL, HGBCL lub TFL tisagenlecleucelem albo aksykabtagenem cytoleucelu

- 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL);
- 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego;
- 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anti-CD20 i antracykliny;
- 4) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT).

lecniczym, czy nie występują u niego objawy przedmiotowe i podmiotowe CRS, zdarzeń neurologicznych i innych działań toksycznych;

- 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:

- a) oznaczenie stężenia CRP,
 - b) oznaczenie stężenia ferrytyny,
 - c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - d) oznaczenie APTT,
 - e) oznaczenie INR,
 - f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
 - g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,
 - h) oznaczenie stężenia D-dimerów;
- (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);

- 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;

- 4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;
- 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 9) 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 <i>imatynibu</i> udostępnia się terapie: 1) <i>ponatynibem</i>, 2) <i>asciminibem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) rozpoznanie przewlekłej białaczki szpikowej z udokumentowaną obecnością genu <i>BCR-ABL1</i> lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	1. Dawkowanie leków 1.1. ponatynib Zalecana dawka początkowa <i>ponatynibu</i> wynosi: 1) 45 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją przewlekłej białaczki szpikowej do fazy akceleracji lub fazy kryzy blastycznej, 2) 30 mg lub 15 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta nietolerującego poprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym. U świadczeniobiorcy, który osiągnął przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub <i>BCR-ABL</i> <10% IS (MR¹), można zredukować dawkę <i>ponatynibu</i> do 30 mg lub 15 mg raz na dobę, w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu <i>BCR-ABL</i>; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 7) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie); 8) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie); 9) badanie mutacji domeny kinazy ABL w przypadku oporności na poprzednio stosowany inhibitor kinazy tyrozynowej; 10) dodatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i>: a) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, b) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, c) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, d) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. W przypadku ciąży lub karmienia piersią należy postępować zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku oraz aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. ponatynibem 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia; 3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) oporność na uprzednie leczenie związana z wykrytą mutacją T315I - lub b) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). 1.2.2. asciminibem 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia; 3) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami	1.2. asciminib Zalecana dawka <i>asciminibu</i> wynosi 40 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 80 mg). Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin. 2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	Badania wykonywane raz w miesiącu, a po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 6) dodatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i> (dotyczy tylko chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem): a) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, b) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, c) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, d) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami: 1) badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne* – co 3 miesiące do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR lub BCR-ABL <1% IS (MR²), a następnie ilościowe badanie molekularne* co 3 miesiące. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
---	--	---

European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku stwierdzenia oporności na dwie linie leczenia, jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorca jest kandydatem do przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych, należy wszcząć procedurę kwalifikacji do transplantacji. 3. Kryteria wyłączenia z programu lub kryteria zmiany inhibitora kinazy tyrozynowej 1) progresja choroby w trakcie leczenia wyrażająca się: a) utratą odpowiedzi hematologicznej, - lub b) utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej, - lub		3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) odpowiedź całkowita hematologiczna (CHR), b) odpowiedź cytogenetyczna: – całkowita (CCyR), – częściowa (PCyR), – mniejsza (mCyR), – minimalna (minCyR), – brak odpowiedzi (nCyR), c) odpowiedź molekularna: – większa (MMR, MR³), – głęboka (MR⁴ lub MR^{4.5} lub MR⁵), d) progresja choroby (PD), e) przeżycie bez progresji choroby (PFS), f) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej
--	--	--

c) zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorcy z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, lub d) utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej lub e) pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+) lub nowych mutacji domeny kinazy ABL; 2) brak odpowiedzi hematologicznej po 3 miesiącach stosowania leku; 3) brak minimalnej odpowiedzi cytogenetycznej (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku >95%) po 3 miesiącach stosowania leku; 4) brak częściowej cytogenetycznej odpowiedzi (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku >35%) lub BCR-ABL1 >10% IS (MR¹) po 6 miesiącach stosowania leku; 5) brak redukcji BCR-ABL1 do <1% IS po 12 miesiącach stosowania leku; 6) znalezienie dawcy i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych u danego świadczeniobiorcy; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 8) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. 1) *badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.
--	--	--

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

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 ultrapredłużonym 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 osoczipochodnymi (ludzkimi), u których wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe, rozpoczęta do 3. roku życia. Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty rekombinowanych czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX, minimum drugiej generacji lub o przedłużonym, lub ultrapredłużonym działaniu, oraz emicizumab. 1.3. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego: 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczipochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu. 1.4. Zapewnienie emicizumabu dla dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z umiarkowaną postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII > 1% i ≤ 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 hemofilie 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 osoczipochodny: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie); b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 3) czynnik IX osoczipochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX	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 dojsścia 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: - dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu, lub emicizumab; - dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym 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: - dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu; - dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym 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 $\leq 5\%$ normy z ciężkim fenotypem krwotocznym definiowanym jako ogólna liczba krwawień w ciągu 12 miesięcy ≥ 5 i/lub liczba krwawień do stawów ciągu 12 miesięcy ≥ 3.	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: - czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT); - ocena aktywności czynników krzepnięcia VIII i IX (w hemofilii A – czynnika VIII, w hemofilii B – czynnika IX); w zależności od sytuacji klinicznej powyższe badanie należy wykonać w razie braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce oraz w innych uzasadnionych sytuacjach (np. przed zabiegami i procedurami inwazyjnymi lub po zmianie produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny) - w przypadku leczenia moroktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę z użyciem substratu chromogenego; - 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) - do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdym 10 przetoczeniach; - powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy; - w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny; - w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w
--	--	--

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) ukończenie 18 roku życia. 6. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do momentu ukończenia 18. roku życia lub do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku braku skuteczności leczenia, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania leku, Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o jego zmianie w ramach programu lekowego.	rekombinowanego o przedłużonym działaniu: 1) pierwsza doba: 40 do 120 j.m./kg m. c., co 12 godzin; 2) od drugiej do piątej doby: 30 do 80 j.m./ kg m. c., co 12 godzin; 3) szósta doba jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.; 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c. 1.4. Dawkowanie rekombinowanego czynnika krzepnięcia IX połączonego z rekombinowaną albuminą w leczeniu okołozabiegowym: 1) pierwsza dawka czynnika IX, 50-100 j.m. / kg mc. przed zabiegiem; 2) powtarzać przez pierwszy tydzień co 24-72 godz. w dawce 50-100 j/kg mc.; 3) trzecia dawka w dniu zdjęcia szwów, 50 - 80 j.m./ kg mc. (10 -14 doba). Dawkowanie koncentratów czynnika krzepnięcia u pacjentów, u których stwierdzono utrzymywanie się inhibitora w mianie poniżej 5 B.U. oraz nieskuteczność leczenia w dotychczasowej dawce, może zostać ustalone indywidualnie przez Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B.	
---	--	--

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 znormowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin). 1.2 Kontynuacja leczenia wlewami w dawce do 0,6 g/kg m. c. w odstępach 3 do 5 tygodni. Modyfikacja dawki odpowiednio do udokumentowanego, osiągniętego ochronnego poziomu IgG w surowicy i stanu klinicznego pacjenta. Ewentualne dodatkowe przetoczenia przy ciężkich infekcjach. W szczególnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 0,8 g/kg m.c.). W przypadku postaci farmaceutycznej do podań podskórnych preparat powinien umożliwić osiągnięcie stałego poziomu IgG. Świadczeniobiorca może wymagać podania dawki nasycającej co najmniej 0,2 do 0,5 g/kg m.c. w okresie tygodnia (0,1 do 0,15 g/kg masy ciała w okresie jednego dnia). Po osiągnięciu stałego poziomu skumulowanej dawki miesięcznej rzędu 0,3 do 1,0 g/kg m.c. należy oznaczyć stężenia minimalne w celu dostosowania dawek i odstępu pomiędzy dawkami. Dawkowanie preparatów gammaglobulin do podawania podskórnego: Podskórne preparaty gammaglobulin wydawane są do domu przez placówki realizujące program lekowy. Świadczeniobiorca samodzielnie lub z pomocą podaje je przez pompę infuzyjną nie częściej niż 1 raz w tygodniu. Zależnie od stanu pacjenta i poziomu IgG w surowicy system podawania może być modyfikowany w ten sposób, że podanie leku	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie subpopulacji limfocytów; 5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał; 6) proteinogram; 7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów; 8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych; 9) badanie składowych dopełniacza; 10) test stymulacji limfocytów. W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu. 2. Monitorowanie leczenia 2.1 Immunoglobuliny dożylnie Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:

na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu. Towarzyszący niedoborowi IgG niedobór IgA z występowaniem przeciwciał przeciwko IgA wymaga leczenia w ośrodku z oddziałem intensywnej terapii.	następuje 1 raz na 7 – 14 dni. Sumaryczna miesięczna dawka odpowiada dawkom preparatów dożylnych. Preparat immunoglobuliny ludzkiej do podawania podskórnego z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy (Ig+rHuPH20): Dawka 0,4-0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 2 do 4 tygodni. W początkowym okresie leczenia odstępy między pierwszymi infuzjami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie. Skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego. Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin. W przypadku pacjentów zmieniających leczenie bezpośrednio z immunoglobuliny podawanej dożylnie bądź pacjentów, którzy wcześniej przyjmowali immunoglobulinę dożylnie w udokumentowanych dawkach, produkt leczniczy należy podawać w tej samej dawce i z tą samą częstotliwością jak przy wcześniejszym leczeniu immunoglobuliną dożylną. W przypadku pacjentów leczonych aktualnie immunoglobuliną podawaną podskórną, początkowa dawka produktu leczniczego zawierającego immunoglobulinę ludzką z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy powinna być taka sama jak w dotychczasowym leczeniu podskórnym, jednak może być dostosowana do 3- lub 4- tygodniowych odstępów między kolejnymi dawkami. Pierwszą infuzję ww. produktu leczniczego należy wykonać tydzień po ostatnim podaniu uprzednio stosowanej immunoglobuliny. Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych: 1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG 2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCiG podaje personel medyczny 3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCiG podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego 4) Wizyty piąta i szósta (opcjonalnie): SCiG administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod	a) morfologia krwi z rozmazem, b) AIAT, c) AspAT, d) poziom IgG w surowicy. Raz na 3 miesiące (przed podaniem immunoglobulin); w przypadku braku komplikacji raz na pół roku: - oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi. W przypadku wskazań dodatkowo: a) IgA w surowicy krwi, b) IgM w surowicy krwi. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. Powikłania infekcyjne stanowią wskazania do wykonania badań: a) oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi. b) IgA w surowicy krwi, c) IgM w surowicy krwi, d) USG jamy brzusznej. 2.2 Immunoglobuliny podskórne Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy: a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał), b) morfologia krwi z rozmazem, c) AIAT, d) AspAT. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. Raz na rok: - badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV). O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia
---	---	---

	nadzorem personelu medycznego 5) Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania pompy strzykawkowej, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia 6) Pacjent otrzymuje preparaty SCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta 7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy	w ramach programu lekowego decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej.
--	---	---

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 - przedwczesne dojrzewanie płciowe typu ośrodkowego u dzieci (objawy dojrzewania płciowego u dziewcząt poniżej 8 roku życia, u chłopców poniżej 10 roku życia) ustalone na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych oraz badania klinicznego; - wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. 3. Kryteria wyłączenia - osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego; - stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat; - zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).	1. Dawkowanie triptoreliny U dzieci o masie ciała mniejszej niż 20 kg zazwyczaj podaje się domięśniowo połowę zawartości ampułki 3,75 mg co 28 dni. U dzieci o masie ciała przekraczającej 20 kg zazwyczaj podaje się zawartość 1 ampułki 3,75 mg co 28 dni.	1. Badania przy kwalifikacji - stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG); - stężenie estradiolu; - stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu; - stężenie 17-hydroksyprogesteronu; - stężenie testosteronu; - test stymulacji wydzielania LH i FSH; - stężenie luteotropiny; - stężenie folikulotropiny; - stężenie prolaktyny; - profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb); - RTG śródreżcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego; - USG miednicy małej i nadnerczy; - badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego; - pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka; - należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla.

		1. Monitorowanie leczenia Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie dawkowania: 1) LH; 2) FSH; 3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla. Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródreżcza, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

Załącznik B.19.

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

przysadki (WNP) oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu (SNP) oraz dzieci, u których terapię rozpoczęto w okresie niemowlęcym lub poniemowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych); 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości lub wyrównanie tych chorób (np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, itp.); 5) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu, a w przypadku dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu jednego testu, (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia, a test insulinowy po ukończeniu 5 roku życia); 6) wiek 3 lata i powyżej w przypadku terapii Somatrogenem; Do programu mogą być także włączeni pacjenci leczeni 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;		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 hematologa dziecięcego — dotyczy dzieci po terapii chorób rozrostowych; 20) konsultacja neurologa dziecięcego i neurochirurgiczna w przypadku uprzednich zabiegów neurochirurgicznych, przede
--	--	--

3) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok; 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);		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 pacjentów — 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
--	--	---

4. Kryteria czasowego wyłączenia z programu 1) utrzymywanie się ponadnormatywnych stężeń IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki hormonu wzrostu; 2) objawy pseudo – tumor cerebri (do wykluczenia organicznych uwarunkowań stwierdzanych objawów); 3) źle wyrównana cukrzyca.		działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki); 4) glikemia na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 5) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 6) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera. 2.2. Co 180 dni: 1) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 2) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1C lub co 365 dni test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 4) pomiar stężenia TSH i fT4; 5) pomiar stężenia IGF-1 i stężenia IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków) (w przypadku stosowania hormonu wzrostu o przedłużonym działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki); 6) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. 2.3. Co 365 dni: 1) RTG śródreżcza i nadgarstka ręki niedominującej z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 2) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na⁺ i Ca⁺⁺ całkowitego i zjonizowanego);
---	--	--

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

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

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 IGFBP₃; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}; 6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT₄; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na⁺); 8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródreczę z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). 2. Monitorowanie leczenia 2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP₃; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1 1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii; 2) złuszczenia głowy kości udowej; 3) pseudo-tumor cerebri; 4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej; 5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia; 6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok; 7) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 16 lat przez chłopca.		lub 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}. 2.2 Co 90 dni 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi. 2.3 Co 180 dni 1) pomiar stężenia TSH; 2) pomiar stężenia fT4; 3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na⁺); 4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}. lub co 365 dni 5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii 2.5 Co 365 dni 1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 3) RTG śródreżcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co
---	--	--

		3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji Leczenie następujących niedoborów enzymatycznych: beta-syntazy cystationiny (CBS), reduktazy 5,10-metylenotetrahydrofolianu (MTHFR) oraz niektórych zaburzeń metabolizmu kofaktora kobalaminy (cbl C,D,E,F,G): 1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. $> 50 \mu\text{mol/l}$, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub $> 40 \mu\text{mol/l}$, po wykluczeniu niedoboru witaminy B₁₂ i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B₁₂ lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów; 2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B₆ (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u	1. Dawkowanie 1.1 Zalecana dawka dobową betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g. Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g. W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę. 1.2 U dzieci w wieku poniżej 10 lat zwykle skuteczne jest dawkowanie 100 mg/kg mc/dobę w 2 dawkach podzielonych; zwiększenie dawkowania ponad 2 razy na dobę lub zwiększenie wielkości dawki ponad 150 mg/kg mc/dobę nie jest zalecane, bo nie zwiększa skuteczności leczenia.	1. Badania przy kwalifikacji: 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B₁₂ i kwasu foliowego we krwi; 5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego; 6) profil acylokamityn metodą MS/MS; 7) MRI OUN; 8) konsultacja neurologiczna; 9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); 11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przeżył lansektomii). 2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni: 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B₁₂, kwasu foliowego, witaminy 25OHD₃ we krwi; 5) poziom Ca, PO₄³⁻, fosfatazy alkalicznej we krwi; 6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B₆; 3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia: 1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę; 2) pozytywny wynik testu z witaminą B₆ - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB₆-zależnej odpowiadają bowiem na leczenie pirydoksyną w stopniu zadowalającym i nie wymagają dodatkowej podaży betainy; 3) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych leku, w tym wystąpienia obrzęku mózgu związanego z wysokim poziomem metioniny we krwi > 1000 µmol/l u pacjentów z homocystynurią klasyczną (deficyt CBS); 4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 5) ciąża lub karmienie piersią.		8) konsultacja neurologiczna; 9) konsultacja dietetyczna. W przypadku napadowych objawów neurologicznych konieczne są aktualne badania MRI OUN lub EEG (zależnie od objawów). Okresowej skuteczności terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

Załącznik B.22.

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

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

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

2. Zamiana enzymatycznej terapii zastępczej

Dopuszcza się zamianę enzymatycznej terapii zastępczej w przypadku:

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

albo

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

- przy czym taka zamiana nie zmienia linii leczenia.

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

3. Określenie czasu leczenia w programie

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

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

15) konsultacja neurologiczna;

16) konsultacja kardiologiczna.

1.2. Postać nieklasyczna choroby

- 1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry- potwierdzone badaniem molekularnym;
- 2) morfologia krwi z rozmazem;
- 3) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT);
- 4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP;
- 5) stężenie CK, CK-MB;
- 6) gazometria;
- 7) USG jamy brzusznej;
- 8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy);
- 9) pomiary antropometryczne masy i wysokości ciała;
- 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
- 11) EKG;
- 12) USG serca;
- 13) RTG klatki piersiowej;
- 14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej);
- 15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);
- 16) konsultacja laryngologiczna;
- 17) badanie audiometryczne;
- 18) badanie okulistyczne;
- 19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa);
- 20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);

umożliwiającego leczenie w programie, które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą albo laktacją i które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

4. Kryteria wyłączenia

- 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia – weryfikację skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;
- 2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia, szczególnie wymagająca użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie 3 miesięcy;
- 3) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 5) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

- 21) konsultacja kardiologiczna;
- 22) konsultacja psychologiczna;
- 23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);
- 24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel.

2. Monitorowanie leczenia

Okresowej oceny skuteczności terapii oraz stanu pacjenta dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego.

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

2.1. Co 180 dni:

2.1.1. Postać klasyczna choroby

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;
- 3) stężenie CK, CK-MB;
- 4) gazometria;
- 5) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT);
- 6) pomiary antropometryczne masy i długości/wysokości ciała;
- 7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
- 8) EKG;
- 9) USG serca;
- 10) USG jamy brzusznej;
- 11) RTG klatki piersiowej;
- 12) konsultacja neurologiczna;
- 13) konsultacja kardiologiczna;

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

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

Załącznik B.23.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach programu udostępnia się terapię: 1) <i>imigluceraza</i> 2) <i>welagluceraza</i> 3) <i>eliglustatem</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) brak lub znaczny niedobór aktywności β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym; 2) objawowa postać choroby;	1. Enzymatyczna terapia zastępcza Rozpoczęcie enzymatycznej terapii zastępczej u pacjentów z łagodnym fenotypem choroby powinno być poprzedzone omówieniem korzyści z terapii i potencjalnego ryzyka jej wprowadzenia. Sugeruje się stosowanie minimalnej skutecznej dawki leku. Dawka może być zmodyfikowana indywidualnie dla każdego pacjenta w oparciu o osiągnięte i utrzymane cele terapeutyczne. 1.1. Imigluceraza Dawka imiglucerazy wynosi 15-60 U/kg m.c. i jest podawana co 14 $\pm$ 3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. 1.2. Welagluceraza alfa Dawka welaglucerazy wynosi 15-60 U/kg m.c. i jest podawana co 14 $\pm$ 3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. 2. Terapia redukcji substratu 2.1. Eliglustat Przed rozpoczęciem leczenia eliglustatem należy	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych); 2) oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłącznie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem); 3) morfologia krwi pełna z rozmazem; 4) układ krzepnięcia: APTT, INR; 5) próby wątrobowe: ALT, AST; 6) oznaczenie poziomu witaminy D, B12, E; 7) oznaczenie poziomu cholesterolu całkowitego, LDL, HDL; 8) oznaczenie aktywności chitotriozydazy; 9) oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1; 10) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby i śledziony (z podaniem wymiarów); 11) pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 12) badanie densytometryczne kości (DXA); 13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego)

3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lekniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. imiglucerazą 1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I lub III; 1.2.2. welaglucerazą 1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I; 1.2.3. eliglustatem 1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I; 2) wiek ≥ 18 lat; 3) potwierdzenie słabego (PM), średniego (IM) lub szybkiego (EM) metabolizmu z udziałem izoenzymu CYP2D6. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni imiglucerazą albo welaglucerazą albo eliglustatem w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia umożliwiającego leczenie w programie, pacjentki które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą lub laktacją i które w momencie	określić metabolizm z udziałem izoenzymu CYP2D6. U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę. U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) z udziałem izoenzymu CYP2D6 zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę. W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć przepisana dawkę w porze przewidzianej na kolejną dawkę (nie należy podwajać kolejnej dawki). Kapsułki można przyjmować niezależnie od posiłku. Należy unikać spożywania grejpfrutów lub soku z grejpfrutów. 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 Ultrazadkowych); 2.2. Co 365 dni: 1) oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1;
--	--	---

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

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

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji 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 Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) ciąża lub laktacja;	1. Dawkowanie Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym. Początkowa prędkość infuzji wynosi 2 j./kg m.c./h. Prędkość infuzji można stopniowo zwiększać, co 15 minut, przy dobrej tolerancji leku, aż do maksymalnej prędkości 43 j./kg m.c./h Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.	1. Badania przy kwalifikacji 1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem; 3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obowiązkowym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) stężenie witamin E i D; 8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 11) RTG kości, co najmniej RTG kręgosłupa; 12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 14) EKG; 15) USG układu sercowo-naczyniowego; 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 20) konsultacja neurologiczna; 21) konsultacja kardiologiczna;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę; 3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu); 5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) test 3/6 minutowego marszu; 23) pomiary antropometryczne; 24) badanie spirometryczne układu oddechowego; 25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej. 2. Monitorowanie leczenia 2.1 Raz na 180 dni 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie fosfatazy alkalicznej; 4) test 3/6 minutowego marszu. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. 2.2 Co 365 dni 1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni); 2) stężenie witaminy E i D; 3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych); 5) pomiary antropometryczne; 6) EKG; 7) USG serca; 8) konsultacja kardiologiczna; 9) konsultacja laryngologiczna;
--	--	--

		10) badanie audiometryczne; 11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów; 12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach); 13) konsultacja neurologiczna; 14) badanie spirometryczne układu oddechowego; 15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej; 16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 17) test 3/6 minutowego marszu; 18) RTG kości, co najmniej RTG kręgosłupa; 19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach programu lekowego udostępnia się terapię: 1) <i>idursulfazą</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) mukopolisacharydoza typu II (MPS II) zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry; 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);	1. Dawkowanie Sulfataza iduronianu podawana jest w dawce 0,5 mg/kg masy ciała, co tydzień, w postaci dożylnego wlewu, trwającego ok. 3 godzin, który może być stopniowo skracany do 1 godziny, jeśli nie występują reakcje niepożądane związane z jego podaniem.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie molekularne w kierunku mukopolisacharydozy typu II; 2) układ krzepnięcia; 3) gazometria; 4) oznaczenie: AST, ALT, CK, bilirubina; 5) wydalanie glikozaminoglikanów z moczem; 6) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 7) parametry życiowe; 8) pomiary antropometryczne; 9) elektroencefalografia EEG; 10) elektrokardiografia EKG; 11) echokardiografia; 12) RTG klatki piersiowej; 13) USG jamy brzusznej; 14) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa; 15) RTG kręgosłupa; 16) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);

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

Ultraradkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą 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 Ultraradkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych,
--	--	--

		dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii tj.: <i>wynik badania psychologicznego (określenie ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci)</i> oraz <i>wynik w teście 3/6 minutowego marszu</i>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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) <i>tobramycyną</i>, 2) <i>lewofloksacyną</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji do leczenia 1.1. tobramycyną - pacjentów z przewlekłym zakażeniem płuc wywołanym przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 1) wiek 6 lat i powyżej, 2) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>; 1.2. lewofloksacyną - pacjentów z przewlekłym zakażeniem płuc wywołanym przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 1) wiek 18 lat i powyżej, 2) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, 3) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej,	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 ampulka), podawana drogą wziewną dwa razy na dobę, możliwe dokładnie co 12 godzin. Lek przyjmuje się w naprzemiennych cyklach, w których po 28 dniach podawania leku następuje 28 dni przerwy w jego podawaniu. 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 <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 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 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>; 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 cm³ 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)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5. - Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej: - w kręczy karku u świadczeniobiorców poniżej 50 roku życia: badanie TK lub MRI głowy, poziom miedzi lub ceruloplazminy, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej, - w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni), - w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy, - w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne, - w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, - w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne; - Wykluczenie miastonii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);	1. Dawkowanie 1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport) - Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.; - Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko; - Połowiczny kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko; - Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; - Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.; - Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m. 1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox) - Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;	1. Badania przy kwalifikacji - Poziom miedzi; - Poziom ceruloplazminy; - Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji); - Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej; - Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych. 2. Monitorowanie leczenia Ocena skuteczności poprzedniej iniekcji w skali GCI: od -3 do +3 (-3, -2, -1,0 +1, +2, +3). Podanie pod kontrolą USG lub EMG w uzasadnionych przypadkach. 3. Monitorowanie programu

3) Brak objawów uogólnionego zakażenia; 4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania; 5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, jednakże maksymalnie 4 razy w okresie roku. 3. Kryteria wyłączenia 1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku; 2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 3) Powstanie oporności na lek; 4) Stwierdzenie miastonii lub zespołu miastenicznego; 5) Objawy uogólnionego zakażenia; 6) Zapalenie okolicy miejsca podania; 7) 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 100 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, ublituksymabem, 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, okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, peginterferonem beta-1a, ponesimodem, siponimodem, teryflunomidem, ublituksymabem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych.	1. Badania przy kwalifikacji 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 fumanem dimetylu lub fumanem tegomilu lub interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub kladrybiną w ramach I linii		miesiący od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku); 6) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 8) badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 9) częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy teryflunomidu, alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 10) konsultacja kardiologiczna u pacjentów otrzymujących leki mogące zwalniać akcję serca (betablokery, werapamil, digoksyna, leki cholinolityczne, pilokarpina itp.) oraz u pacjentów z wywiadem w kierunku zaburzeń rytmu i przewodzenia, niewydolności serca, omdleń kardiogennych, lub innej znaczącej choroby serca - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 11) konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 12) oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kladrybiny, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 13) konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu i siponimodu; 14) wykonanie testu na obecność przeciwciał anti-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu iv. lub natalizumabu s.c. 15) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu, lub kladrybiny;
--	--	---

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 $\leq 5,0$ - lub – mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji $>5,0$, c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI.):		16) badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c., ofatumumabu, ublituksymabu; 17) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu; 18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c.; 19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c.; 20) w przypadku kwalifikacji do terapii siponimodem: a) określenie polimorfizmu genu CYP2C9, b) u kobiet w wieku rozrodczym - test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia siponimodem; Jeżeli jest konieczne to pacjenci włączeni do leczenia powinni zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem” i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej. 2. Inicjacja leczenia W zależności od decyzji lekarza inicjacja terapii alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, ponesimodem, siponimodem, ublituksymabem może być prowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.
---	--	--

– przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lub – przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2; 7) rozpoznanie aktywnej postaci wtórnie postępującego stwardnienia rozsianego definiowanej jako aktywność kliniczna lub radiologiczna w ciągu ostatnich 24 miesięcy oraz a) EDSS od 3,0 do 6,5 punktów, b) udokumentowana progresja EDSS niezwiązana z rzutem wynosząca co najmniej 1 punkt w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS < 6.0 lub co najmniej 0,5 punktu w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS ≥ 6.0 odnotowaną w ciągu ostatnich 24 miesięcy; 8) wiek pacjenta: a) brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta lub octanem glatirameru, b) od 10 roku życia dla terapii teryflunomidem lub fingolimodem, c) wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu, 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, ublituxymabem, 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 odstępianie 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 figolimodem: a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, c) badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, e) konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia figolimodem, f) konsultacja dermatologiczna po każdym 12 miesiącach leczenia, g) rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego. 7) monitorowanie leczenia natalizumabem i.v. lub natalizumabem s.c.: a) badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, c) test 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 dożylniej) z powodu zapalenia żył po wlewach dożylnych lub z powodu trudnego dostępu do żył. 2. Zamiana leków Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych. 1) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków fumaran dimetylu, 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 natalizumabem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku $\leq 0,9$ i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych natalizumabem przez dłużej niż 2 lata. 8) monitorowanie leczenia alemtuzumabem: a) morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy, aktywność aminotransferaz i badanie moczu z
---	--	--

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 dożylniej (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 wirerii HBV i HCV oraz RTG klatki piersiowej. 9) monitorowanie leczenia okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c. lub ublituksymabem: a) badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku, b) badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku, c) badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku, d) badanie HBsAg - przed każdym podaniem leku; 10) monitorowanie leczenia kladrybiną: a) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów przed rozpoczęciem stosowania leku - 2 miesiące i 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia w każdym roku leczenia. Jeśli liczba limfocytów zmniejszy się do wartości poniżej 500 komórek/mm³, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm³, b) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku,
---	--	--

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 dożyłnej) 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 zamianę leków interferon beta-1b, siponimod na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku wzrostu EDSS o 1 punkt w czasie 12 miesięcy leczenia; 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 kontynuację leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami
---	--	--

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 przedłużyć o kolejne 12 miesięcy.

Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby zależy od decyzji lekarza.

Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent

powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem i.v. oraz natalizumabem s.c.

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

Przy stosowaniu kładrybiny w tabletkach, pełna ocena skuteczności powinna być przeprowadzona po podaniu całkowitej dawki leku, czyli po dwóch cyklach leczenia. Jednak w przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu leczenia kładrybiną w tabletkach pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć wcześniejszą zmianę leczenia. Okres obserwacji dla kładrybiny w tabletkach w kolejnych latach trwa do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia.

W przypadku postaci rzutowo - remisyjnej (RRMS) brak skuteczności leczenia lekami I linii leczenia (fumaraniem dimetylu lub fumaraniem tegomilu lub interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub kładrybiną lub octanem glatirameru lub ofatumumabem lub okrelizumabem i.v. lub okrelizumabem s.c. lub ozanimodem lub peginterferonem beta-1a lub ponesimodem lub teryflunomidem lub ublituksymabem) uzasadniający zmianę leczenia na leki stosowane w II linii definiowany jest jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2.

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

1) liczba i ciężkość rzutów:

a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia

sterydami lub b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia; 2) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej: a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5, b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0; 3) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdym 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych: a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem i.v. (w przypadku postaci pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych: 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy; 2) EDSS powyżej 8,0. W przypadku leczenia postaci wtórnie postępującej (SPMS) za brak skuteczności leczenia siponimodem lub interferonem beta-1b przyjmuje się jedno z poniższych: 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt. w ciągu 12 miesięcy; 2) EDSS powyżej 8,0. 5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie		
---	--	--

Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów braku skuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak 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)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapię: 1) <i>toxinum botulinum</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) dzieci od 2 roku życia; 2) pacjenci: a) po przebytych niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala, lub b) po przebytych 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 dawkowanie: 1) Botox: a) dawkowanie na sesję: kończyna/kończyny góra/górne i dolna/dolne 8 j./kg mc. lub 300 j. – w zależności, która dawka jest niższa (tylko jedna kończyna góra – 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 góra/górne i dolna/dolne 30 j./kg mc. lub 1000	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie neurologiczne: a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS, b) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością; 2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR $\leq 2,5$). 2. Monitorowanie leczenia Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku lub wg decyzji lekarza prowadzącego ale nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się: 1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku;

e) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83). 3) pacjenci z potwierdzoną spastycznością: a) kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – $MAS \geq 2$) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; lub b) kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – $MAS \geq 2$) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; 4) brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Pacjenci leczeni toksyną botulinową poddawani są indywidualnej rehabilitacji ruchowej zgodnej z określonymi celami leczenia funkcjonalnego w okresie poprzedzającym i następującym po podaniu leku. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Maksymalnie finansuje się 4 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Po ukończeniu 18 lat pacjenci mogą kontynuować leczenie w programie lekowym B.57. 3. Kryteria wyłączenia z programu	j. – w zależności, która dawka jest niższa (tylko jedna kończyna górna – 21 j./kg mc. lub 840 j. – w zależności, która dawka jest niższa, tylko jedna kończyna dolna – 30 j./kg mc. lub 1000 j. – w zależności, która dawka jest niższa). Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 4 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii (USG).	2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale); 3) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością. W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia: a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS, b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	---	--

1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku. Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS względem wartości wyjściowych; 2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 8) ciąża lub karmienie piersią.		
--	--	--

Załącznik B.31.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA OGÓLNE	
Kryteria włączenia	1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (dalej TNP) wg aktualnej klasyfikacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, dalej ESC), Europejskiego Towarzystwa Chorób Układu Oddechowego (European Respiratory Society, dalej ERS), Europejskiego Stowarzyszenia Kardiologii Pediatricznej i Wrodzonej (Association for European Paediatric and Congenital Cardiology, dalej AEPC); 2) udokumentowany aktualnie lub w przeszłości brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów) lub niezadowalający skutek lub nietolerancja przewlekłego leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów); wymóg przeprowadzenia ostrego testu wazoreaktywności dotyczy pacjentów z idiopatycznym, polekowym lub dziedzicznym tętniczym nadciśnieniem płucnym; 3) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria włączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych. Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie, chyba że w opisie programu wskazane jest inaczej.
Czas leczenia	Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.
Kryteria wyłączenia	1) brak współpracy ze strony pacjenta w zakresie prowadzenia terapii lub okresowej kontroli jej skuteczności; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku; 3) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi które wskazują konieczność zmiany terapii na inną (w obrębie lub poza programem leczenia TNP); 4) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria wyłączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych.
Ocena klasy czynnościowej	Oceny klasy czynnościowej należy dokonywać zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, dalej WHO) opublikowaną w Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Za równorzędną należy uznać klasyfikację Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, dalej NYHA).
Ocena ryzyka pacjenta z TNP	Oceny ryzyka należy dokonywać zgodnie z zaleceniami opublikowanymi w najnowszych wytycznych ESC i AEPC na temat diagnostyki i leczenia pacjentów z TNP. Przy podejmowaniu decyzji o terapii początkowej w populacji osób dorosłych - zalecany jest system 3-stopniowy (ryzyko niskie, pośrednie, wysokie), natomiast przy podejmowaniu decyzji o eskalacji terapii powinno się stosować system 4-stopniowy (ryzyko niskie, pośrednio-niskie, pośrednio-wysokie, wysokie).
Zalecenia	U miesięczujących dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym należy zalecać stosowanie skutecznej metody antykoncepcji.

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. LECZENIE POCZĄTKOWE A. MONOTERAPIA 1. Bosentan 1.1. Kryteria włączenia 1) II lub III klasa czynnościowa lub 2) Kontynuacja terapii dorosłych pacjentów leczonych do 18 r.ż. w punkcie I (LECZENIE NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO U DZIECI LECZONYCH TRAKTEM FONTANOWSKIM) części C programu; 3) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z ChPL lub wytycznymi. 1.2. Kryteria wyłączenia 1) Kliniczne objawy uszkodzenia wątroby lub AspAT/ALAT powyżej 8- krotna wartość górnej granicy normy; 2) Cięża. 2. Sildenafil 2.1. Kryteria włączenia 1) II lub III klasa czynnościowa lub	1. Bosentan 1.1. W monoterapii - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL). 1.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. 2. Iloprost 2.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 2.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. 3. Treprostinil 3.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od: a) stanu pacjenta, b) odpowiedzi na leczenie; c) tolerancji leczenia. 3.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.	1. Badania przy kwalifikacji 1.1. Badania nieinwazyjne 1) ocena klasy czynnościowej i profilu ryzyka; 2) test 6-minutowego marszu – badanie nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory; 3) oznaczenie peptydu natriuretycznego typu B (dalej BNP) lub N-końcowego fragmentu propeptydu natriuretycznego typu B (dalej NT-proBNP) (w zależności od dostępności); 4) oznaczenie hemoglobiny oraz liczby płytek krwi- dla sotatercept; 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 żyłnej

2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera lub 3) Kontynuacja terapii dorosłych pacjentów leczonych do 18 r.ż. w punkcie 1 (LECZENIE NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO U DZIECI LECZONYCH TRAKTEM FONTANOWSKIM) części C programu; 4) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z ChPL lub wytycznymi. 2.2. Kryteria wyłączenia 1) Cięża. B. TERAPIA DWULEKOWA 1. Bosentan i sildenafil 1.1. Kryteria włączenia 1) II lub III klasa czynnościowa lub profil niskiego lub pośredniego ryzyka pacjenta z TNP lub 2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5i lub ERA lub 3) Kontynuacja terapii dorosłych pacjentów leczonych do 18 r.ż. w punkcie I (LECZENIE NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO U DZIECI LECZONYCH TRAKTEM FONTANOWSKIM) części C programu; 4) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi. 1.2. Kryteria wyłączenia 1) bosentan - określono w części dotyczącej monoterapii,	4. Sildenafil 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. 4.3. Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożności podania postaci stałej. 5. Epoprostenol 5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od: a) stanu pacjenta, b) odpowiedzi na leczenie, c) tolerancji leczenia. 5.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC. 6. Macytentan i sildenafil w 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.	i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia. Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed włączeniem do programu. 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: 1) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości; 2) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP. 2. Monitorowanie leczenia Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię,
--	--	--

2) sildenafil – określono w części dotyczącej monoterapii. II. LECZENIE II RZUTU 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, terapii dwulekowej lub w terapii skojarzonej; lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub profil wysokiego ryzyka; 3) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi. 1.2. Kryteria wyłączenia 1) bosentan- określono w części dotyczącej monoterapii; 2) iloprost: a) Wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek; 3) treprostinil: a) Wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek. 2. Epoprostenol 2.1. Kryteria włączenia 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii dwulekowej w leczeniu początkowym;	7. Riociguat 7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. 8. Seleksypag w terapii skojarzonej z sildenafil i bosentan/macytentan 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 odstępach 12 h; zwiększanie dawki seleksypagu następuje w przyrostach o 200 µg dwa razy na dobę w odstępach tygodniowych). Opakowanie zawierające 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap miareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta. 8.2. Dawka sildenafilu- zgodnie z ChPL. 8.3. Dawka bosentanu - zgodnie z ChPL. 8.4. Dawka macytentan - zgodnie z ChPL. 9. Sotatercept w terapii skojarzonej 9.1. Dawkowanie sotaterceptu powinno być zgodne z zapisem w ChPL. Lek podawany jest w postaci podskórnej 3 tygodnie. Pierwsza dawka wynosi	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. 2.1. Badania nieinwazyjne 1) ocena klasy czynnościowej;
--	---	--

lub 2) IV klasa czynnościowa lub profil wysokiego ryzyka w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym; 4) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z ChPL lub wytycznymi. 2.2. Kryteria wyłączenia 1) Wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek. 3. Riocyguat 3.1. Kryteria włączenia 1) II lub III klasa czynnościowa lub profil niskiego lub pośredniego ryzyka; 2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe lub w terapii dwulekowej; 3) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z ChPL lub wytycznymi. 3.2. Kryteria wyłączenia 1) Nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem < 95 mmHg; 2) Ciąża. B. TERAPIA SKOJARZONA 1. Bosentan lub macytentan z sildenafilem 1.1. Kryteria włączenia	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 macytentanu: 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 treprostynilu: 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. 11. Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostynil, 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.	2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) oznaczenie hemoglobiny oraz liczby płytek krwi- dla sotatercept; 5) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań podstawowych); – wykonuje się co 3 - 6 miesięcy (z wyjątkiem pierwszych 5 podań sotaterceptu przed którymi należy każdorazowo oznaczyć hemoglobinę oraz liczbę płytek krwi lub dłużej niż 5 pierwszych podań, 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 terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych. 2.2. Badania inwazyjne
---	--	---

1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii, terapii dwulekowej lub w terapii skojarzonej; 2) III klasa czynnościowa lub profil pośredniego lub wysokiego ryzyka; 3) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi. W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii. 1.2. Kryteria wyłączenia 1) sildenafil – określono w części dotyczącej monoterapii; 2) bosentan – określono w części dotyczącej monoterapii, 3) macytentan: a) Ciąża, b) Karmienie piersią. 2. Riocyguat z bosentanem 2.1. Kryteria włączenia 1) III klasa czynnościowa lub profil pośredniego lub wysokiego ryzyka; 2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii, terapii dwulekowej lub w terapii skojarzonej; 3) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi. 2.2. Kryteria wyłączenia 1) bosentan – określono w części dotyczącej monoterapii, 2) riocyguat- określono w części dotyczącej leczenia II rzutu.	Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się: 1) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym, że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej; 2) jeżeli: a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami lub 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. Skuteczność terapii ocenia się na podstawie przebiegu choroby, indywidualnych cech pacjenta oraz kryteriów prognostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.
--	---

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 substancji czynnych: a) bosentan, macytentan (tylko w skojarzeniu z epoprostenolem i sildenafilem), b) sildenafil, c) epoprostenol albo iloprost albo treprostinil. 3.1. Kryteria włączenia 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii, terapii dwulekowej lub w terapii skojarzonej (nie dotyczy połączenia epoprostenol z sildenafilem i macytentanem); lub 2) IV klasa czynnościowa lub profil wysokiego ryzyka 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; 4) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi. 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		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 sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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 1) bosentan – określono w części dotyczącej monoterapii; 2) sildenafil – określono w części dotyczącej monoterapii; 3) epoprostenol – określono w części dotyczącej leczenia II rzutu; 4) iloprost - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu; 5) treprostinil - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu. 4. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macytentanem) 4.1. Kryteria włączenia 1) Nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii dwulekowej lub skojarzonej; 2) III klasa czynnościowa lub profil pośredniego lub wysokiego ryzyka pomimo dotychczasowego leczenia; 3) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. 4.2. Kryteria wyłączenia 1) bosentan – określono w części dotyczącej monoterapii; 2) sildenafil – określono w części dotyczącej monoterapii; 3) riociguat - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu; 4) macytentan - określono w części dotyczącej terapii skojarzonej;		
--	--	--

5) seleksypag: a) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek, b) ciąża, c) spełnione kryteria wyłączenia z terapii jednym z pozostałych dwóch stosowanych w terapii leków doustnych. 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. 5. Sotatercept w terapii skojarzonej z dwoma lub trzema z poniższych substancji czynnych: a) bosentan albo macytentan, b) sildenafil albo riocyguat, c) epoprostenol albo iloprost albo treprostinil albo seleksypag. 5.1. Kryteria włączenia 1) Rozpoznanie tętniczego nadciśnienia płucnego idiopatycznego, dziedzicznego, związanego z działaniem leków lub toksyn, chorobami tkanki łącznej, prostymi skorygowanymi wadami przebiegowymi 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 $50 \times 10^9/l$;
- 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) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi.

5.2. Kryteria wyłączenia

1) sotatercept:

- a) pacjenci ze stale utrzymującą się liczbą płytek krwi $< 50 \times 10^9/l$ pomimo podjętych działań mających na celu dostosowanie dawki zgodnie z ChPL;
- 2) **bosentan** – określono w części dotyczącej monoterapii;
- 3) **sildenafil** – określono w części dotyczącej monoterapii;
- 4) **epoprostenol** – określono w części dotyczącej leczenia II rzutu;
- 5) **treprostinil** - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu;
- 6) **iloprost** - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu;
- 7) **riociguat** - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu;
- 8) **macytentan** - określono w części dotyczącej terapii skojarzonej;
- 9) **seleksypag**- określono w części dotyczącej terapii skojarzonej.

W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu wynikających z działań ubocznych jednego lub dwóch leków zastosowanych w programie (wyłącznie w przypadku skojarzenia trójlekowego), istnieje możliwość kontynuowania leczenia na podstawie decyzji lekarza przy użyciu pozostałych leków- z wyjątkiem monoterapii sotaterceptem.

B. LECZENIE TNP U DZIECI (< 18 LAT)**I. LECZENIE POCZĄTKOWE****A. MONOTERAPIA****1. Bosentan****1.1. Kryteria włączenia**

- 1) II lub III klasa czynnościowa lub profil niskiego lub wysokiego ryzyka;
- 2) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z ChPL lub wytycznymi z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej.

1.2. Kryteria wyłączenia

Zgodnie z obowiązującym stanowiskiem ekspertów i wg wytycznych, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej:

- 1) Aktywność AspAT lub AlAT > 8 razy GGN w trakcie leczenia;
- 2) Wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);
- 3) Inne – określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych.

2. Sildenafil**2.1. Kryteria włączenia**

- 1) I-III klasa czynnościowa lub profil niskiego lub wysokiego ryzyka;

1. Bosentan

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

- 1.1. masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;
- 1.2. 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;
- 1.3. 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. Sildenafil

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

- 2.1. masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie;
- 2.2. masa ciała > 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie.

3. Iloprost, epoprostenol lub treprostynil

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

1. Badania przy kwalifikacji**1.1. Badania nieinwazyjne**

- 1) ocena klasy czynnościowej i profilu ryzyka;
- 2) test 6-minutowego marszu – jeśli parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania (nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory);
- 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności);
- 4) badanie echokardiograficzne.

1.2. Badania inwazyjne

1.2.1. Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:

- 1) ciśnienia zaklinowania lub końcoworozkurczowe w lewej komorze;
- 2) indeksowanego naczyniowego oporu płucnego;
- 3) pojemności minutowej;
- 4) saturacji mieszanej krwi żyłnej i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia.

2) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z ChPL lub wytycznymi z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej. 2.2. Kryteria wyłączenia Zgodnie z obowiązującym stanowiskiem ekspertów i wg wytycznych, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej: 1) Wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) Inne- określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych. B. TERAPIA DWULEKOWA 1. Bosentan i sildenafil 1.1. Kryteria włączenia 1) II lub III klasa czynnościowa lub profil niskiego lub wysokiego ryzyka; 2) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej. 1.2. Kryteria wyłączenia Zgodnie z obowiązującym stanowiskiem ekspertów i wg wytycznych, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej: 1) bosentan - określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych; 2) sildenafil – określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych. II. LECZENIE II RZUTU	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, treprostynil, epoprostenol, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.	1.2.2. W przypadku ciężkiego stanu pacjenta diagnostyczne cewnikowanie prawego serca można odłożyć do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej wyłącznie pod warunkiem, że na podstawie badania echokardiograficznego tętnicze nadciśnienie płucne jest najbardziej prawdopodobną przyczyną ciężkiego stanu pacjenta i odroczenie leczenia stanowi zagrożenie życia; po ustabilizowaniu stanu konieczne jest niezwłoczne wykonanie cewnikowania serca. 1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy: 1) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości; 2) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP. 2. Monitorowanie leczenia Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię,
--	---	---

A. MONOTERAPIA 1. Monoterapia epoprostenolem albo iloprostem albo treprostinilem 1.1. Kryteria włączenia 1) Określono w punkcie dotyczącym terapii II rzutu u dorosłych z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje; 2) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej. 1.2. Kryteria wyłączenia Zgodnie z obowiązującym stanowiskiem ekspertów i wg wytycznych, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej: 1) epoprostenol – określono w części dotyczącej leczenia II rzutu dorosłych; 2) iloprost - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu dorosłych; 3) treprostinil - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu dorosłych. B. TERAPIA SKOJARZONA 1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych substancji czynnych: a) bosentan, b) sildenafil, c) epoprostenol 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;		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. 2.1. Badania nieinwazyjne 1) ocena klasy czynnościowej;
--	--	--

2) IV klasa czynnościowa lub profil wysokiego ryzyka w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu; 4) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej. Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza oraz obowiązującego stanowiska ekspertów i wytycznych. 1.2. Kryteria wyłączenia zgodnie z obowiązującym stanowiskiem ekspertów i wg wytycznych, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej: 1) bosentan – określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych, 2) sildenafil – określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych, 3) epoprostenol – określono w części dotyczącej leczenia II rzutu dorosłych, 4) iloprost - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu dorosłych, 5) treprostinil - określono w części dotyczącej leczenia II rzutu dorosłych. <u>KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT</u> Leczenie pacjenta, który ukończył 18 rok życia i był wcześniej leczony w ramach programów lekowych w ośrodku pediatrycznym stanowi kontynuację udziału w programie i nie wymaga ponownej kwalifikacji.	2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań podstawowych); – wykonuje się co 3 - 6 miesięcy lub w terminie wcześniejszym w zależności od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. Do podjęcia decyzji terapeutycznych mogą być użyte również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub pogorszenia stanu pacjenta. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych. 2.2. Badania inwazyjne Wykonywanie kontrolnego cewnikowania serca – nie jest konieczne do monitorowania terapii, chyba że istnieją wskazania kliniczne.
---	--

Zasady dalszego leczenia takiego pacjenta oraz kontroli wyników leczenia – jak w populacji dorosłych.		Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane 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 sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje
--	--	---

		przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
C. LECZENIE INNYCH POSTACI NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO U DZIECI (< 18 LAT)		
I. LECZENIE NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO U DZIECI LECZONYCH TRAKTEM FONTANOWSKIM A. MONOTERAPIA 1. Bosentan lub sildenafil. 1.1. Kryteria włączenia 1) Pacjent z pojedynczą komorą z indeksowanym oporem płucnym (PVRi) > 3j Wooda lub gradientem przepłucnym (TPG) > 6 mmHg w cewnikowaniu serca; średnie ciśnienie w tętnicy płucnej nie jest kryterium rozpoznania; 2) Przygotowanie do operacji typu Fontany (<i>pre-treatment</i>), u pacjentów z indeksowanym oporem płucnym (PVRi) > 3j Wooda lub gradientem przepłucnym (TPG) > 6 mmHg w cewnikowaniu prawego serca; średnie ciśnienie w tętnicy płucnej nie jest kryterium rozpoznania lub 3) Pacjent z cechami niewydolności krążenia typu Fontany (<i>failing Fontan</i>) z indeksowanym oporem płucnym (PVRi) > 3j Wooda lub gradientem przepłucnym (TPG) > 6 mmHg w cewnikowaniu serca; średnie ciśnienie w tętnicy płucnej nie jest kryterium rozpoznania; 4) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej.	Dawkowanie 1. Bosentan Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej: 1.1. masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę; 1.2. 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; 1.3. 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. Sildenafil Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej: 2.1. masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie; 2.2. masa ciała > 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie.	1. Badania przy kwalifikacji u dzieci leczonych traktem Fontanowskim 1.1. Badania nieinwazyjne 1) badanie echokardiograficzne; 2) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 3) ocena klasy czynnościowej; 4) test 6-minutowego marszu – jeśli parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania (nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory). 1.2. Badania inwazyjne 1.2.1. Cewnikowanie serca (badanie hemodynamiczne) z oceną: 1) ciśnienia końcoworozkurczowego w komorze/ciśnienia zaklinowania; 2) indeksowanego naczyniowego oporu płucnego (PVRi) i gradientu transpulmonarnego (TPG); 3) przepływu płucnego i systemowego;

1.2. Kryteria wyłączenia Zgodnie z obowiązującym stanowiskiem ekspertów i wg wytycznych, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej: 1) bosentan – określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych; 2) sildenafil – określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych. B. TERAPIA SKOJARZONA 1. Bosentan i sildenafil 1.1. Kryteria włączenia 1) Brak skuteczności bosentan lub sildenafil stosowanych w monoterapii; 2) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z poszczególnymi ChPL lub wytycznymi z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej. 1.2. Kryteria wyłączenia Zgodnie z obowiązującym stanowiskiem ekspertów i wg wytycznych, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej: 1) bosentan – określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych; 2) sildenafil – określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych. <u>KONTYNUACJA LECZENIA NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO U DZIECI LECZONYCH TRAKTEM FONTANOWSKIM OSÓB PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT</u>	4) saturacji z żył centralnych (SVC, IVC), tętnicy płucnej, saturacji krwi tętniczej (Ao). 2. Monitorowanie leczenia u dzieci leczonych traktem Fontanowskim Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunicie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjent lub wydanie leków osobie 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.
--	--

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. Zasady dalszego leczenia takiego pacjenta oraz kontroli wyników leczenia – jak w populacji dorosłych. II. LECZENIE BOSENTANEM DZIECI Z NADCIŚNIENIEM PŁUCNYM I Z DYSPLAZJĄ OSKRZELOWO-PŁUCNĄ 1. Bosentan 1.1. Kryteria włączenia (wszystkie kryteria muszą być spełnione) 1) Nadciśnienie płucne u dziecka z dysplazją oskrzelowo płucną rozpoznane na podstawie badania echokardiograficznego (gradient z niedomykalności zastawki trójdzielnej oraz pozostałe cechy echokardiograficzne); 2) Podwyższony poziom BNP/NT-proBNP co najmniej 2 x norma dla wieku; 3) Nieskuteczna terapia tlenem (ciągła suplementacja O₂ do wartości SAT > 95%) oraz sildenafilem – stosowany poza programem w ramach innych świadczeń; 4) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii zgodnie z ChPL lub wytycznymi z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej. 1.2. Kryteria wyłączenia Zgodnie z obowiązującym stanowiskiem ekspertów i wg wytycznych, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że kryterium wieku nie stosuje się oraz z uwzględnieniem specyfiki populacji pediatrycznej: 1) bosentan – określono w części dotyczącej monoterapii dorosłych.		Osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 2.1. Badania nieinwazyjne 1) ocena klasy czynnościowej; 2) test 6-minutowego marszu – jeśli parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania (nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań podstawowych). Badania wykonuje się co 3-6 miesięcy lub w terminie wcześniejszym w zależności od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. Do podjęcia decyzji terapeutycznych mogą być użyte również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia
--	--	---

1.3. Czas leczenia w programie Czas leczenia wynosi do 6 tygodni. W razie braku poprawy konieczna jest weryfikacja rozpoznania na podstawie cewnikowania serca i leczenie zgodnie z zasadami programu dla tętniczego nadciśnienia płucnego z wyłączeniem kryterium wieku.	samopoczucia lub stanu pacjenta. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych. 2.2. Badania inwazyjne Nie są wymagane rutynowo w monitorowaniu pacjenta – wskazane w przypadku pogorszenia klinicznego. 3. Badania przy kwalifikacji u dzieci z nadciśnieniem płucnym i z dysplazją oskrzelowo-płucną 3.1. Badania nieinwazyjne 1) badanie echokardiograficzne; 2) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności). 3.2. Badania inwazyjne Nie są wymagane do kwalifikacji do terapii w programie - podstawą jest badanie echokardiograficzne. W przypadku braku poprawy po 6 tygodniach leczenia w programie konieczna jest weryfikacja rozpoznania na podstawie cewnikowania serca z oceną:
--	--

	1) ciśnienia końcoworozkurczowego w lewej komorze/zaklinowania; 2) indeksowanego naczyniowego oporu płucnego; 3) pojemności minutowej; 4) saturacji mieszanej krwi żyłnej; i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach. 4. Monitorowanie leczenia u dzieci z nadciśnieniem płucnym i z dysplazją oskrzelowo-płucną 4.1. Badania nieinwazyjne 1) ocena klasy czynnościowej; 2) test 6-minutowego marszu – jeśli parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania (nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań podstawowych). 4.2. Badania inwazyjne Nie są wymagane rutynowo w monitorowaniu pacjenta – wskazane w przypadku pogorszenia klinicznego.
--	---

		5. 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 sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

Załącznik B.32.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie choroby Leśniowskiego–Crohna (ChL-C): 1) <i>infliksymab</i>; 2) <i>adalimumab</i>; 3) <i>wedolizumab</i>; 4) <i>ustekinumab</i>; 5) <i>upadacytynib</i>; 6) <i>guselkumab</i>; 7) <i>mirikizumab</i>. Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo adalimumabu albo wedolizumabu albo ustekinumabu albo upadacytynibu albo guselkumabu 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. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie	1. Dawkowanie Dawkowanie infliksymabu, adalimumabu, wedolizumabu, ustekinumabu, upadacytynibu, guselkumabu, 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 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);

1) wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem w postaci dożylniej lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii infliksymabem w postaci podskórnej lub ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem lub guselkumabem lub mirikizumabem; 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 lub guselkumabem lub mirikizumabem wyłącznie po wcześniejszym niepowodzeniu anty-TNF w tej grupie pacjentów) lub pacjenci po odcinkowej resekcji jelita z powodu ChL-C, u których badanie endoskopowe wykonane w ramach nadzoru wykazało zmiany zapalne w okolicy zespolenia (≥ 2 punktów w skali Rutgeerts) lub w innych odcinkach jelita, pomimo stosowanego leczenia immunosupresyjnego lub po przerwaniu leczenia immunosupresyjnego z powodu powikłań lub nietolerancji – wyłącznie w przypadku leczenia infliksymabem lub adalimumabem; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) brak przeciwwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (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; 17) bilirubina – dotyczy leczenia mirikizumabem. 2. Monitorowanie terapii infliksymabem lub adalimumabem lub ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem lub guselkumabem lub mirikizumabem 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); w przypadku leczenia mirikizumabem należy dodatkowo oznaczyć aktywność AspAT
--	--	--

- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL lub z aktualnymi wytycznymi European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) lub Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) (jeśli dotyczy).

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo adalimumabem albo wedolizumabem albo ustekinumabem albo upadacytynibem albo guselkumabem 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 PCDAI albo CDAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego.

Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów.

1) infliksymab

- a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej),
- b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;

2) adalimumab

i AlAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc (4 tygodnie) podczas leczenia indukcyjnego;

- 2) w leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej (w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do leczenia upadacytynibem – morfologię krwi z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów 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), a w przypadku leczenia mirikizumabem dodatkowo wykonuje się oznaczenie stężenia bilirubiny, 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 (nie dotyczy oznaczenia aktywności AlAT i AspAT oraz stężenia bilirubiny podczas leczenia mirikizumabem).

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.

a) terapia indukcyjna: 12 tygodni, b) leczenie podtrzymujące adalimumabem 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; 3) ustekinumab a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylniej, 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 dożylniej), 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; 6) guselkumab a) terapia indukcyjna: 12 – 24 tygodni, b) leczenie podtrzymujące guselkumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji		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. 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 (w przypadku mirikizumabu ocena może być dokonana w 24. tygodniu leczenia); – remisja kliniczna rozumiana jako CDAI poniżej 150 pkt albo PCDAI < 30 punktów,
---	--	--

leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI. Opakowanie zawierające 2 wstrzykiwacze (w każdym 200 mg guselkumabu) oraz opakowanie zawierające 1 fiol. 20 ml (200 mg guselkumabu) mogą być stosowane wyłącznie w schemacie dawkowania indukcyjnego, jednakże w liczbie nie większej niż 3 opakowania leku na każdego pacjenta rozpoczynającego terapię. Opakowanie zawierające 1 wstrzykiwacz (200 mg guselkumabu) może być stosowane wyłącznie w schemacie dawkowania podtrzymującego. Opakowanie zawierające 1 wstrzykiwacz (100 mg guselkumabu) może być stosowane wyłącznie w schemacie dawkowania podtrzymującego (q8w), tj.: dawka podtrzymująca 100 mg, począwszy od 16. tygodnia podawana we wstrzyknięciu podskórnym co 8 tygodni. 7) mirikizumab a) dawka indukcyjna 900 mg podawana jest w formie infuzji dożyłnej w tygodniach 0., 4. i 8.; dawki podtrzymujące 300 mg począwszy od tygodnia 12. w formie iniekcji podskórnych co 4 tygodnie; ocena odpowiedzi na leczenie może zostać przeprowadzona w 24 tygodniu terapii; 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 wskaźnik CDAI. 3. Zakończenie leczenia w programie 1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		przy jednoczesnym braku konieczności stosowania steroidów i braku leczenia chirurgicznego, w przypadku, gdy oceniany lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – 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;
--	--	--

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.		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt 3. <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i> dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

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) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>certolizumabem pegol</i>, 3) <i>etanerceptem</i>, 4) <i>golimumabem</i>, 5) <i>infliksymabem</i>, 6) <i>tocilizumabem</i>, 7) <i>rytuksymabem</i>, 8) <i>baricytynibem</i>, 9) <i>tofacytynibem</i>, 10) <i>upadacytynibem</i>, 11) <i>filgotynibem</i>, 12) <i>anakinrą</i>, 13) <i>kanakinumabem</i>. <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 dożylniej tocilizumabu albo infliksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. 3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w	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 Still'a z początkiem w wieku dorosłym (AOSD) po niepowodzeniu wcześniejszej terapii, w zależności od postaci klinicznej choroby, glikokortykosteroidami (GKS) lub co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami:

- a) z dużą aktywnością choroby, udokumentowaną w trakcie dwóch badań lekarskich w odstępie 1-3 miesięcy. Dużą aktywność choroby stwierdza się, gdy jest spełnione jedno z poniższych kryteriów:

- wartość DAS 28 – większa niż 5,1
- albo
- wartość DAS – większa niż 3,7
- albo
- 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 obojętnochnych oraz limfocytów;

- 10) oznaczenie płytek krwi (PLT);
- 11) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 12) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
- 13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 14) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 15) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 16) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);
- 17) oznaczenie stężenia immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;
- 18) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów – u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub

b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.: – z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) lub – z RZS z wtórną amyloidozą lub – z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą albo kanakinumabem kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD). 2) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytinbem albo upadacytinibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku, 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 baricytinbem lub tofacytynibem lub upadacytinibem lub filgotynibem lub anakinrą lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów 2) oznaczenie płytek krwi (PLT); 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytinbem lub tofacytynibem lub upadacytinibem 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 każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc). 2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia immunoglobulin G i M w surowicy; oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia.
---	--	--

– 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:		ośrodkiem 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 Still'a u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej: a) dwoma inhibitorami TNF alfa albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo kanakinumabem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których:		
---	--	--

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane. 10) Do terapii kanakinumabem kwalifikują się także pacjenci z AOSD, poddani wcześniej leczeniu jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo rytuksymabem albo anakinrą zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane lub z uwagi na postać kliniczną AOSD nie jest wskazane. 11) W ramach programu lekowego u pacjentów RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu, filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną		
---	--	--

odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane. 12) W ramach programu lekowego u pacjentów z AOSD nie jest możliwe zastosowanie więcej niż jedenastu leków, w tym siedmiu leków biologicznych, baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu i filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane. 13) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 14) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 15) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 16) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym. 17) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 18) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).		
---	--	--

19) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.

20) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.

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

2. Czas leczenia w programie

1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) Nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem $DAS\ 28 \leq 5,1$ albo $DAS \leq 3,7$, albo $SDAI \leq 26$ lub nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry albo kanakinumabu znacznego zmniejszenia objawów układowych.

2) Nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe.

Miernikiem niskiej aktywności choroby jest $DAS\ 28 \leq 3,2$ albo $DAS \leq 2,4$, albo $SDAI \leq 11$. Miernikiem remisji jest wartość $DAS\ 28 \leq 2,6$ albo $DAS \leq 1,6$, albo $SDAI \leq 3,3$ lub nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry albo kanakinumabu ustąpienia objawów układowych. 3) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrzenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe. 4) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia. 5) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą. 6) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL. 7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza. 8) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 9) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.		
--	--	--

4. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji lub niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu, nastąpił wzrost wartości:
 - a) DAS 28 powyżej 3,2
albo
 - b) DAS powyżej 2,4
albo
 - c) SDAI powyżej 11.
- 3) Pacjent z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD) włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.
- 4) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby lub ustąpienie objawów układowych.
- 5) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW (MIZS)

W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:

- 1) *adalimumabem*,
- 2) *etanerceptem*,
- 3) *sekukinumabem*,
- 4) *tocilizumabem w postaci dożylniej*,
- 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 dożylniej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania:
 - a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB. lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo

1. Dawkowanie

- 1) Adalimumab, etanercept, sekukinumab, tocilizumab w postaci dożylniej, 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 dożylniej, anakinry, tofacytynibu i kanakinumabu z innym, wymienionym w programie klasycznym lekiem modyfikującym przebieg choroby/immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po

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 dożylniej, 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 objema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo c) MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka niepoddającym się leczeniu dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów. 2) Do terapii tofacytynibem kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania: 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 dożylniej lub tofacytynibem. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (± 1 miesiąc): 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylniej, anakinrą, tofacytynibem lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 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, tklwością 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 tklwością 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 tklwością 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 dożylniej lub tofacytynibem oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ACR i stosowanych rutynowo w MIZS. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po 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 dożyłnej lub kanakinumabem) lub pacjenci od 8 miesiąca życia z masą ciała co najmniej 10 kg (do terapii anakinrą), z rozpoznaniem: a) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z dominującymi objawami układowymi, u których mimo stosowania przez co najmniej 2 tygodnie pełnych dawek glikokortykosteroidów (GKS) (doustnie 1-2 mg/kg m.c./dobę, maksymalnie 60 mg/dobę lub metyloprednizolonu 10-30 mg/kg m.c./wlew przez 3 dni i ewentualnie powtarzane przez kolejne tygodnie) utrzymuje się lub wystąpiła ponownie gorączka i utrzymują się układowe objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza		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 doustnej w ramach programu lekowego, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 6) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej: – dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem oraz kanakinumabem lub		
--	--	--

– tocilizumabem oraz kanakinumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ: i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub ii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub iii. stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 7) Do terapii kanakinumabem kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani wcześniejszemu leczeniu inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w postaci dożylniej lub anakinrą, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 8) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni sekukinumabem, tocilizumabem w postaci dożylniej albo anakinrą albo tofacytynibem albo kanakinumabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.		
--	--	--

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) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>certolizumabem pegol</i>, 3) <i>etanerceptem</i>, 4) <i>golimumabem</i>, 5) <i>infliksymabem</i>, 6) <i>iksekizumabem</i>, 7) <i>sekukinabem</i>, 8) <i>tofacytynibem</i>, 9) <i>upadacytynibem</i>, 10) <i>ryzankizumabem</i>, 11) <i>guselkumabem</i>, 12) <i>bimekizumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:	1. Dawkowanie 1) Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab sekukinumab, tofacytyni b, upadacytyni b, ryzankizumab, guselkumab i bimekizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA /ASAS. 2) Zmiana postaci dożylniej 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 ścięgniastych) – 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 ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podaszowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podaszowych) - 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 stosowaniem leku. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anti-HBc; 13) przeciwciała anti-HCV; 14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 17) EKG z opisem; 18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis - u pacjentów z postacią osiową. 2. Monitorowanie leczenia Po 3 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) i 6 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
---	---	---

łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm albo ii. wg DAS 28: – wartość DAS 28 – większa niż 3,2 albo iii. wg DAS: – wartość DAS – większa niż 2,4. U pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – PASI większe niż 10 oraz – DLQI większe niż 10 oraz – BSA większe niż 10;		4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
---	--	--

program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajęcią mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgniastych niż określono w pkt 1. ppkt 2); b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS $\geq 2,1$ – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm; 3) niezadowolająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS definiowana jako nieskuteczność leczenia: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych, takich jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz cyklosporyna, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR/GRAPPA/ASAS, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej). U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgniastych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma		6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać
---	--	--

niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii; 4) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 5) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem		odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:

a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:

- po 3 miesiącach (± 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 $DAS\ 28 \leq 5,1$ albo $DAS \leq 3,7$,
- po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika $DAS\ 28 \leq 3,2$ albo $DAS \leq 2,4$;

2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:

a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,

b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$.

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) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>certolizumabem pegol</i>, 3) <i>etanerceptem</i>, 4) <i>golimumabem</i>, 5) <i>infliksymabem</i>, 6) <i>sekukinumabem</i>, 7) <i>iksekizumabem</i>, 8) <i>upadacytynibem</i>, 9) <i>tofacytynibem</i>, 10) <i>bimekizumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji	1. Dawkowanie 1) Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab, upadacytynib, tofacytynib i bimekizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. 2) Zmiana postaci dożylniej infliksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. 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 anti-HBc; 13) przeciwciała anti-HCV;

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroiliitis w badaniu RTG; 2) z aktywną postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie; 3) z niezadowolającą 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. Niezadowolająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia; 4) aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów: a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS $\geq 2,1$, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; b) ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm;	3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	14) obecność 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 przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod		(lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych
---	--	---

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

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

- 1) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia;
- 2) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonych wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$.

3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną

- 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:
 - a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocnicząlub
 - b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPLlub
 - c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż ośmiu

w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

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

leków, w tym sześciu leków biologicznych, upadacytynibu i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane; 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. 4. Czas leczenia w programie 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 2), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej		2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe; 3) pacjenci z sacroiliitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane. 5. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2. stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i		
---	--	--

bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 6. Kryteria ponownego włączenia do programu 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego i upadacytinibu lub tofacytynibu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		
--	--	--

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) <i>darbepoetyną alfa</i>; 2) <i>epoetyną alfa</i>; 3) <i>roksadustatem</i>; zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl, pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn niż niewydolność nerek; 2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR: a) poniżej 45 ml/min. - u pacjentów chorujących na cukrzycę; b) poniżej 30 ml/min. - u pozostałych pacjentów. 3) wiek: a) powyżej 1 roku życia – dla terapii <i>darbepoetyną alfa</i> i <i>epoetyną alfa</i>; b) powyżej 18 roku życia – dla terapii <i>roksadustatem</i>.	1. Dawkowanie Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. 1.1. Dawkowanie darbepoetyny alfa 1) okres uzyskania poprawy: a) 0,45 µg/kg mc., raz w tygodniu, dożylnie lub podskórnie 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 podskórnym raz w miesiącu stosując dawkę początkową równą podwójnej dawce podawanej raz na 2 tygodnie. 1.2. Dawkowanie epoetyny alfa 1) faza wyrównania: a) dawka początkowa 50 j.m./kg, 3 razy w tygodniu; 2) faza podtrzymująca: a) podanie dożylnie – 3 razy w tygodniu, b) podanie podskórne – raz w tygodniu lub raz na 2 tygodnie. Dawka ustalana indywidualnie w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny. Maksymalnie: a) 150 j.m./kg, 3 razy w tygodniu, b) 240 j.m./kg (do maks. 20 000 j.m.) raz w tygodniu, c) 480 j.m./kg (do maks. 40 000 j.m.) raz na 2 tygodnie. 1.3. Dawkowanie roksadustatu 1) dawka początkowa: a) 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni: – masa ciała do 100 kg: 70 mg, – masa ciała powyżej 100 kg: 100 mg; 2) dawka podtrzymująca:	każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--	---

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 7) schyłkowa niewydolność nerek; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.	a) od 20 mg do 100 mg, 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni, w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.	
--	--	--

Załącznik B.38.

LECZENIE NISKOROSŁYCHDZIECI Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBAŁ NEREK (PCHN) (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. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. 1. Kryteria kwalifikacji 1) eGFR<75 ml/min/ 1,73m²; 2) wysokość ciała dziecka poniżej <3centyla dla płci i wieku metrykalnego; 3) pacjenci z PCHN stadium 3-5 lub dializowani w wieku > 6 miesięcy życia ze wzrostem < 10 centyla i tempem wzrastania < 25centyla; 4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości; 5) niezarośnięte nasady kości długich (na podstawie wieku szkieletowego). 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji	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 Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą chorobą nerek (kreatynina, mocznik, Ca, P, ALP, PTH, gazometria, 25OHD₃, albuminy, białko całkowite, glukoza, morfologia, lipidogram). 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) hemoglobina glikowana Hb1Ac; 3) stężenie TSH i fT4; 4) badania densytometryczne; 5) RTG stawów biodrowych; 6) RTG śródreżca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 7) badanie dna oka; 8) ocena dojrzewania wg skali Tannera. 2. Monitorowanie leczenia 2.1 Co 30 dni w 4 - 5 stadium choroby: 1) stężenie parathormonu (intact PTH); 2) fosfataza alkaliczna; 3) białko całkowite, albuminy;

o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

— Lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku w przypadku wystąpienia ciężkiej nadczynności przytarczyc ($PTH > 500 \text{ pg/ml}$) i powrót do leczenia, gdy $PTH < 300 \text{ pg/ml}$. Chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, będą ponownie włączani do podawania leku bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.

— Lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku w przypadku osiągnięcia przez pacjenta prognozowanego wzrostu lub 75 centyla wzrostu; Chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, będą ponownie włączani do podawania leku bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący, gdy tempo wzrastania ulegnie obniżeniu o 1 kanał centylowy.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) inna aniżeli PCHN przyczyna niskorosłości;
- 2) niewyrównana cukrzyca;
- 3) choroba nowotworowa;
- 4) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14 lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat);
- 5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca;
- 6) pseudo tumor cerebri;
- 7) złuszczenia nasady kości udowej.

- 4) stężenie glukozy na czczo;
- 5) stężenie kreatyniny;
- 6) stężenie mocznika;
- 7) jonogram w surowicy krwi (Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Ca , P);
- 8) morfologia krwi z rozmazem;
- 9) gazometria.

2.2 Co 90 dni:

- 1) konsultacja dietetyka;
- 2) stężenie parathormonu (intact PTH);
- 3) fosfataza alkaliczna;
- 4) białko całkowite, albuminy;
- 5) stężenie glukozy na czczo;
- 6) stężenie kreatyniny;
- 7) stężenie mocznika;
- 8) jonogram w surowicy krwi (Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Ca , P);
- 9) morfologia krwi z rozmazem;
- 10) gazometria.

2.3 Po 90 dniach:

- 1) stężenie IGF-1.

2.4 Co 365 dni:

- 1) lipidogram, stężenie IGF-1;
- 2) stężenie parathormonu (intact PTH);
- 3) fosfataza alkaliczna;
- 4) białko całkowite, albuminy;

		5) stężenie glukozy na czczo; 6) stężenie kreatyniny; 7) stężenie mocznika; 8) jonogram w surowicy krwi (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Ca, P); 9) morfologia krwi z rozmazem; 10) gazometria; 11) pomiar stężenia TSH, fT3; 12) Hemoglobina glikowana Hb1Ac; 13) stężenie witaminy 25OH wit. D lub/i wit. 1,25(OH)₂D₃ w uzasadnionych przypadkach; 14) RTG śródreźcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 15) badania densytometryczne; 16) RTG stawów biodrowych; 17) konsultacja ortopedyczna. Przy podejrzeniu złuszczenia nasady głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb. Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PCHN. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z
--	--	--

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

Załącznik B.39.

LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO DIALIZAMI (ICD-10: N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji 1) wtórna nadczynność przytarczyc; 2) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii) lub brak zgody pacjenta na leczenie zabiegowe (w tym min. farmakologiczną i laserową paratyreidektolizę) lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii); 3) stężenie iPTH > 500pg/ml; 4) długotrwałe leczenie 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)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Program lekowy dedykowany jest dla pacjentów w następujących populacjach: 1) pacjenci neonatologiczni, 2) pacjenci z rozpozną mukowiscydozą do 1 roku życia, 3) pacjenci kardiologiczni do 2 roku życia, 4) pacjenci z rozpoznany rdzeniowym zanikiem mięśni do 2 roku życia. Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej lub pulmonologii dziecięcej w porozumieniu z odpowiednim konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka. Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 września do 30 kwietnia. Immunizację paliwizumabem przeprowadza się maksymalnie w dwóch następujących po sobie sezonach immunizacji zgodnie z kryteriami poniżej. 1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Pacjenci neonatologiczni 1) brak ukończenia szóstego miesiąca życia w momencie rozpoczęcia immunizacji, oraz spełnienie kryterium: a) wiek ciążowy 29 - 32 tygodni, lub	1. Dawkowanie paliwizumabu Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu. Lek podaje się we wstrzyknięciu domięśniowym, najlepiej w przednio-boczną część uda. Nie należy wybierać mięśnia pośladkowego.	1. Badania przy kwalifikacji W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium: 1) dysplazja oskrzelowo-płucna: kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej; 2) hemodynamicznie istotna wada serca: kliniczne potwierdzenie hemodynamicznie istotnej wady serca; 3) rdzeniowy zanik mięśni: kliniczne potwierdzenie rdzeniowego zaniku mięśni; 4) mukowiscydoza: kliniczne potwierdzenie mukowiscydozy. 2. Monitorowanie leczenia Dzieci zakwalifikowane do leczenia paliwizumabem wymagają comiesięcznych wizyt w ośrodku realizującym program do końca sezonu zakażeń RSV celem oceny stanu ogólnego pacjenta (wywiad i badanie fizykalne) przed otrzymaniem kolejnej dawki leku. Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej oraz

b) wiek ciążowy ≤ 35 tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g, 2) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz narodziny w wieku ciążowym ≤ 28 tygodni, 3) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie dysplazji oskrzelowo-płucnej. 1.2. Pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą: 1) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji. 1.3. Pacjenci kardiologiczni: 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie hemodynamicznie istotnej wady serca z: a) jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego, lub b) umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym, lub c) sinicznymi wadami serca, z przeskórnym utlenowaniem krwi tętniczej utrzymującej się $<90\%$. 1.4. Pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni: 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji. Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki; liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.		pulmonologii dziecięcej nadzorują program korzystając z elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którym podano lek zawierający substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji immunizacji, o ile na dzień podania pierwszej dawki spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie mają przeciwwskazań do immunizacji oraz nie spełniają kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 września do 30 kwietnia) co miesiąc – 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakiegokolwiek ze składników występujących w preparacie,
- 2) przebycie reakcji nadwrażliwości na podaż innych przeciwciał,
- 3) brak zgody prawnych opiekunów na leczenie,
- 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony prawnych opiekunów.

Załącznik B.41.

LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym; 2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia; 3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców; 4) stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, poniżej 97 centyla dla płci i wieku (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów; 7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;	1. Dawkowanie Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).	1. Badania przy kwalifikacji 1) pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. 2. Monitorowanie leczenia 2.1 Po 30 dniach 1) konsultacja laryngologiczna. 2.2 Po 90 dniach 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb. 2.3 Co 90 dni 1) konsultacja dietetyka; 2) konsultacja rehabilitanta. 2.4 Co 180 dni 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT4. 4) jonogram w surowicy krwi. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi. 2.5 Co 365 dni 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u

9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregośkolwiek z kryteriów wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą; 2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii; 3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego; 4) narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu, leczenia dietetycznego i rehabilitacji (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej); 5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów; 6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.		dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb); 2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego: a) konsultacja kardiologiczna, b) USG serca, 3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego; 5) pomiar stężeń triglicerydów; 6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 7) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 8) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1c}); 10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 11) pomiar stężenia IGF-1; 12) konsultacja laryngologiczna; 13) konsultacja ortopedyczna; 14) RTG śródreczę z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 15) u świadczeniobiorców z zaburzeniami pokwitania test stymulacji wydzielania gonadotropin, z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin (4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów); 16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu: a) konsultacja nefrologiczna, b) konsultacja urologiczna, c) USG jamy brzusznej,
---	--	--

		d) badanie ogólne i posiew moczu; 17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.42.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji 1) stygmaty Zespołu Turnera; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich; 3) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau; 4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego; 7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.	1. Dawkowanie Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.	1. Badania przy kwalifikacji Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT). 2. Monitorowanie leczenia 2.1 Po 90 dniach 1) pomiar stężenia IGF-1. 2.2 Co 180 dni 1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1C} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. 2.3 Co 180 dni 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT₄; 4) jonogram w surowicy krwi. 2.4 Co 365 dni 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia); 2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);

Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej; 2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri; 3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy; 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm; 6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych); 7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok; 8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat.		3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego); 4) pomiar stężenia IGF-1; 5) RTG śródreżcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna; b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami
--	--	---

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

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) <i>omalizumabem</i>, 2) <i>mepolizumabem</i>, 3) <i>benralizumabem</i>, 4) <i>dupilumabem</i>, 5) <i>tezepelumabem</i>, 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. Dawkowanie 1) omalizumab 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 ChPL. 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. 2) mepolizumab Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie.	1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu i w przypadku re kwalifikacji: 1) pomiar masy ciała; 2) stężenie IgE całkowitego (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 3) punktowe testy skórne lub stężenie swoistych IgE dla alergenów wziewnych (mogą być z dokumentacji medycznej); 4) morfologia krwi z rozmazem z oceną liczby eozynofiliów (ważność badań 4 tygodnie); 5) badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 6) u chorych przyjmujących na stałe GKS systemowe, w przypadku, gdy w momencie kwalifikacji osiągnięto przez min. 4 tygodnie dawkę 5 mg w przeliczeniu na prednizon należy wykonać dodatkowo:

wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekłe; u dzieci w wieku 6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów; 3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml; 4) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności <i>in vitro</i> na alergenów całorocznych u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml; 5) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ <5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat; 6) masa ciała 20-150 kg; 7) niepalenie tytoniu; 8) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergenów wziewnych przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy;	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. 3) benralizumab Zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z ChPL). Zalecana dawka benralizumabu dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia w programie wynosi 30 mg we wstrzyknięciach podskórnych co 8 tygodni, jeśli czas od ostatniej dawki leku przed zawieszeniem był $\leq$ 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był > 8 tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z ChPL). 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. 4) dupilumab	a) stężenie glukozy, b) stężenie jonów: sód, potas, c) stężenie kortyzolu, d) stężenie ACTH (do decyzji lekarza prowadzącego); 7) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych; 9) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 10) poziom FeNO (do decyzji lekarza prowadzącego); 11) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień); 12) 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); Ponadto przeprowadzana jest: 13) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 14) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
--	--	--

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (zwaną dalej 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; Do leczenia omalizumabem, bez konieczności ponownej pełnej kwalifikacji (o ile pacjent spełniał kryteria włączenia terapii tym lekiem na etapie kwalifikacji do poprzedniego leczenia biologicznego), mogą zostać włączeni pacjenci wcześniej leczeni z powodu astmy ciężkiej mepolizumabem, benralizumabem, dupilumabem lub tezepelumabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub pomocniczą dotychczas stosowanego leku, – pojawiły się działania niepożądane uniemożliwiające kontynuację leczenia, – stwierdzono niewystarczającą skuteczność terapii astmy ciężkiej, lub istnieją kliniczne przesłanki do zmiany leczenia, wynikające z fenotypu, endotypu lub współistniejących schorzeń, wskazujące na większe prawdopodobieństwo skuteczności alternatywnego leku biologicznego w leczeniu astmy ciężkiej. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni omalizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	Dupilumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL. 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. 5) tezepelumab Tezepelumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL. 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. 2. 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.	15) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. 2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku – w pierwszym roku leczenia nie rzadziej niż raz na 4 miesiące, w kolejnych latach – nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF, jeśli obecne są przeciwskazania do badania spirometrycznego; 2) FeNO (do decyzji lekarza prowadzącego); 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 4) 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; 5) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu; 6) u chorych przyjmujących przewlekle GKS systemowe, po minimum 4 tygodniach od osiągnięcia dawki 5 mg w przeliczeniu na prednizon do wykonania dodatkowo, co 4–6 miesięcy ocena osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (do ustąpienia laboratoryjnych cech NKN): a) stężenie glukozy, b) stężenie jonów: sód, potas, c) stężenie kortyzolu,
---	--	--

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: – brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); 3) palenie tytoniu; 4) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;	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. Możliwe jest maksymalne wydawanie leku na okres do 4 miesięcy po spełnieniu następujących warunków: - stabilny stan kliniczny pacjenta; - brak zaostrzeń; - brak istotnych problemów z tolerancją leczenia biologicznego; - utrzymująca się dobra odpowiedź na leczenie.	d) stężenie ACTH (do decyzji lekarza prowadzącego). 3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia: 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) FeNO – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (do decyzji lekarza prowadzącego); 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) 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; 5) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. 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
---	--	---

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; 10) ciąża lub karmienie piersią nie stanowią bezwzględnego kryterium wyłączenia z programu. Lekarz prowadzący, w porozumieniu z pacjentką, może kontynuować terapię lekiem biologicznym, jeżeli przerwanie leczenia wiązałoby się z wyższym ryzykiem pogorszenia kontroli astmy niż kontynuacja leczenia 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. 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 może być 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.		lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 4) FeNO (do decyzji lekarza prowadzącego); 5) morfologia krwi z rozmazem z oceną liczby eozynofiliów; 6) badania biochemiczne (wyłącznie w razie wskazań klinicznych): - stężenie kreatyniny, - stężenie białka C-reaktywnego (CRP), - stężenie AIAT, - stężenie AspAT; 7) potwierdzenie braku ciąży – deklaracja pacjentki; test ciążowy wyłącznie w razie wskazań klinicznych; Ponadto przeprowadzana jest: - ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; - analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; - analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.
--	--	---

2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem

2.1. Kryteria włączenia do programu

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:

2.1.1. pacjenci od ukończenia 12. roku życia (mepolizumab) albo powyżej 18. roku życia (benralizumab) z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie ≥ 150 komórek/ μ l na wizycie kwalifikacyjnej lub ≥ 300 komórek/ μ l w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥ 150 komórek/ μ l, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥ 5 mg dziennie (w przeliczeniu na prednizon);

- 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β -2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);
- 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe;
- 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:
 - a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),
 - b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,
 - c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,

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 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;

d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechu 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; 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; Do leczenia mepolizumabem albo benralizumabem, bez konieczności ponownej pełnej kwalifikacji (o ile pacjent spełniał kryteria włączenia terapii tymi lekami na etapie kwalifikacji do poprzedniego leczenia biologicznego), mogą zostać włączeni pacjenci wcześniej leczeni z powodu astmy ciężkiej: – w przypadku kwalifikacji do leczenia mepolizumabem – omalizumabem, benralizumabem, dupilumabem lub tezepelumabem, – w przypadku kwalifikacji do leczenia benralizumabem – omalizumabem, mepolizumabem, dupilumabem u lub tezepelumabem, u których:		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.
---	--	--

– wystąpiła ciężka reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub pomocniczą dotychczas stosowanego leku,

– pojawiły się działania niepożądane uniemożliwiające kontynuację leczenia, – stwierdzono niewystarczającą skuteczność terapii astmy ciężkiej,

lub istnieją kliniczne przesłanki do zmiany leczenia, wynikające z fenotypu, endotypu lub współistniejących schorzeń, wskazujące na większe prawdopodobieństwo skuteczności alternatywnego leku biologicznego w leczeniu astmy ciężkiej.

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

2.2. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 1. 2) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;
- 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekłe systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;
- 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
- 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem);
- 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w

tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów; 14) ciąża lub karmienie piersią nie stanowią bezwzględnego kryterium wyłączenia z programu. Lekarz prowadzący, w porozumieniu z pacjentką, może kontynuować terapię lekiem biologicznym, jeżeli przerwanie leczenia wiązałoby się z wyższym ryzykiem pogorszenia kontroli astmy niż kontynuacja leczenia. 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 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 może być 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 od ukończenia 6. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili we krwi na poziomie ≥ 150 komórek/ μ l na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub zwiększonym stężeniem tlenu azotu w powietrzu wydychanym (FeNO) na poziomie ≥ 25 ppb na wizycie kwalifikacyjnej, lub niezależnie od biomarkerów, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥ 5 mg dziennie (w przeliczeniu na prednizon);

1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, u dzieci w wieku 6–11 lat >400mcg lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, którzy, które stosują je przewlekłe; u dzieci w wieku 6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ>1,5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) wykluczenie innych przyczyn hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;		
---	--	--

8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; Do leczenia dupilumabem, bez konieczności ponownej pełnej kwalifikacji (o ile pacjent spełniał kryteria włączenia terapii tym lekiem na etapie kwalifikacji do poprzedniego leczenia biologicznego), mogą zostać włączeni pacjenci wcześniej leczeni z powodu astmy ciężkiej omalizumabem, mepolizumabem, benralizumabem lub tezepelumabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub pomocniczą dotychczas stosowanego leku, – pojawiły się działania niepożądane uniemożliwiające kontynuację leczenia, – stwierdzono niewystarczającą skuteczność terapii astmy ciężkiej lub istnieją kliniczne przesłanki do zmiany leczenia, wynikające z fenotypu, endotypu lub współistniejących schorzeń, wskazujące na większe prawdopodobieństwo skuteczności alternatywnego leku biologicznego w leczeniu astmy ciężkiej. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są 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 3.2. Kryteria wyłączenia		
---	--	--

1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia dupilumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii dupilumabem przyjmowali przewlekłe systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 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;

14) ciąża lub karmienie piersią nie stanowią bezwzględnego kryterium wyłączenia z programu. Lekarz prowadzący, w porozumieniu z pacjentką, może kontynuować terapię lekiem biologicznym, jeżeli przerwanie leczenia wiązałoby się z wyższym ryzykiem pogorszenia kontroli astmy niż kontynuacja leczenia

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 może być 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:

4.1.1. pacjenci powyżej 12. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą definiowaną przez:

- 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β -2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);
- 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe;
- 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:
 - a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),
 - b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,
 - c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,
 - d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),
 - e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów);
- 4) niepalenie tytoniu;
- 5) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;
- 6) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;

7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 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; Do leczenia tezepelumabem, bez konieczności ponownej pełnej kwalifikacji (o ile pacjent spełniał kryteria włączenia terapii tym lekiem na etapie kwalifikacji do poprzedniego leczenia biologicznego), mogą zostać włączeni pacjenci wcześniej leczeni z powodu astmy ciężkiej omalizumabem, mepolizumabem, benralizumabem lub dupilumabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub pomocniczą dotychczas stosowanego leku, – pojawiły się działania niepożądane uniemożliwiające kontynuację leczenia, – stwierdzono niewystarczającą skuteczność terapii astmy ciężkiej lub istnieją kliniczne przesłanki do zmiany leczenia, wynikające z fenotypu, endotypu lub współistniejących schorzeń, wskazujące na większe prawdopodobieństwo skuteczności alternatywnego leku biologicznego w leczeniu astmy ciężkiej. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni tezepelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego 4.2. Kryteria wyłączenia		
---	--	--

1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 4. 1. 2) w okresie leczenia tezepelumabem w liczbie równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii tezepelumabem przyjmowali przewlekłe systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie tezepelumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;		
--	--	--

13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów;

14) ciąża lub karmienie piersią nie stanowią bezwzględnego kryterium wyłączenia z programu. Lekarz prowadzący, w porozumieniu z pacjentką, może kontynuować terapię lekiem biologicznym, jeżeli przerwanie leczenia wiązałoby się z wyższym ryzykiem pogorszenia kontroli astmy niż kontynuacja leczenia.

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 może być 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 ŁUSZCZYCĄ (ICD-10: L40.0, L40.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
LECZENIE ŁUSZCZYCY PŁACKOWATEJ		
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>etanerceptem</i>, 3) <i>infliksymabem</i>, 4) <i>iksekizumabem</i>, 5) <i>sekukinumabem</i>, 6) <i>ustekinumabem</i>, 7) <i>ryzankizumabem</i>, 8) <i>guselkumabem</i>, 9) <i>certolizumabem pegol</i>, 10) <i>tyldrakizumabem</i>, 11) <i>bimekizumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Płackowatej powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji	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 doustnej 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) morfologia krwi; 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 7) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 8) oznaczenie antygenu HBs; 9) oznaczenie przeciwciał anti-HCV; 10) oznaczenie antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) badanie RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku: a) 18 lat i powyżej, - lub b) 4 lat i powyżej – w przypadku do kwalifikacji do terapii adalimumabem, - lub c) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem, ustekinumabem, iksekizumabem, sekukinumabem; 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	Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą 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.	12) elektrokardiografia EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego). 2. Monitorowanie leczenia 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) AST i ALT; 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) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 4) AST i ALT; 5) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA.
--	---	--

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. 6) w przypadkach, w których zmiany łuszczykowe zajmują miejsca szczególne, takie jak skóra owłosiona głowy lub twarzy lub okolic narządów płciowych lub rąk lub stóp lub paznokci, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 7) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) produktu leczniczego, którym odbywa się leczenie. 8) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 11) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Adekwatna odpowiedź na leczenie		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 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.
---	--	--

- 1) po 4 miesiącach ($\pm$ 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75%

lub

- 2) po 4 miesiącach ($\pm$ 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów.

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,
- d) wystąpienie zaostrzenia uogólnionej łuszczycy krostkowej;
- 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. 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 z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) 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. 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) 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.		
LECZENIE ZAOSTRZEŃ UOGÓLNIONEJ ŁUSZCZYCY KROSTKOWEJ (GPP)		
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>spesolimabem w postaci infuzji dożylniej</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku 12 lat i powyżej; 2) pacjenci z rozpoznaniem uogólnionej łuszczycy krostkowej (ang. <i>Generalized Pustular Psoriasis</i>, GPP) spełniający kryteria International	1. Dawkowanie 1) Spesolimab a) zalecana i jednocześnie maksymalna dawka u pacjentów o masie ciała co najmniej 40 kg to pojedyncza dawka 900 mg podawana w infuzji dożylniej. W przypadku utrzymywania się objawów zaostrzenia tj. całkowity wynik GPPGA ≥ 2, można podać dodatkową dawkę 900 mg 1 tydzień po podaniu dawki początkowej.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

Psoriasis Council JDA (ang. <i>Japanese Dermatological Association</i>) dotyczące GPP z zaostrzeniem choroby o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego; 3) zaostrzenie GPP o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego definiuje się jako: a) całkowity wynik GPPGA ≥ 3, oraz b) nowe lub pogarszające się krosty, oraz c) podskala krost GPPGA ≥ 2, oraz d) $\geq 5\%$ powierzchni ciała z rumieniem i obecnością krost; 4) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Lekczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 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 warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Ponadto:	b) zalecana i jednocześnie maksymalna dawka dla młodzieży o masie ciała ≥ 30 i < 40 kg to pojedyncza dawka 450 mg podawana w infuzji dożylniej. W przypadku utrzymywania się objawów zaostrzenia tj. całkowity wynik GPPGA ≥ 2, można podać dodatkową dawkę 450 mg 1 tydzień po podaniu dawki początkowej. 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.	7) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 8) oznaczenie antygenu HBs; 9) oznaczenie przeciwciał anti-HCV; 10) oznaczenie antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) badanie RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 12) elektrokardiografia EKG (do decyzji lekarza prowadzącego). 2. Monitorowanie leczenia Po 1 i 4 tygodniu od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg GPPGA zgodnie z pkt 1) kryteriów wyłączenia. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa
--	---	--

1) Dopuszcza się stosowanie spesolimabu w zaostrzeniu uogólnionej łuszczycy krostkowej u pacjenta leczonego inną, wymienioną w programie substancją czynną. 2) Dopuszcza się stosowanie leczenia wymienioną w programie substancją czynną u pacjenta, który otrzymał spesolimab w zaostrzeniu ciężkiej łuszczycy krostkowej. 2. Czas leczenia w programie Po upływie 4 tygodni (+/-14dni) leczenie spesolimabem w infuzji zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli choroby, a w przypadku wystąpienia ponownego zaostrzenia lekarz może zdecydować o ponownym podaniu leku. Pacjent, u którego zawieszono leczenie spesolimabem, a u którego wcześniejszym leczeniem osiągnięto istotną klinicznie poprawę kontroli choroby i poprawę jakości życia, może być ponownie włączony przez lekarza prowadzącego do programu, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono zaostrzenie choroby definiowane zgodnie z pkt. 1.3) kryteriów kwalifikacji. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak poprawy całkowitego wyniku GPPGA lub poprawa w podskali krost GPPGA o mniej niż dwa punkty, a w przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie z wynikiem podskali krost GPPGA równym 2 brak poprawy w 4. tygodniu; 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 według oceny lekarza;		Jeżeli terapia jest kontynuowana każdorazowo po 1 i 4 tygodniu od kolejnego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg GPPGA zgodnie z pkt 1) kryteriów wyłączenia. 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 z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie 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 opiekuna prawnego. 4. 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 doszło do zaostrzenia choroby i spełnia kryteria kwalifikacji opisane w pkt. 1. Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
ZAPOBIEGANIE ZAOSTRZENIOM UOGÓLNIONEJ ŁUSZCZYCY KROSTKOWEJ (GPP)		
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>spesolimabem w postaci podskórnej</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku 12 lat i powyżej;	1. Dawkowanie 1) Spesolimab a) zalecana i jednocześnie maksymalna dawka u pacjentów o masie ciała co najmniej 40 kg to podskórna dawka nasycająca 600 mg, a następnie 300 mg podawane podskórnie co 4 tygodnie. b) zalecana i jednocześnie maksymalna dawka dla młodzieży o masie ciała ≥ 30 i < 40 kg to podskórna dawka nasycająca 300 mg, a następnie 150 mg podawane podskórnie co 4 tygodnie.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

2) pacjenci ze znaną i udokumentowaną historią uogólnionej łuszczycy krostkowej (ang. <i>Generalized Pustular Psoriasis</i>, GPP) według kryteriów diagnostycznych JDA (ang. <i>Japanese Dermatological Association</i>); 3) pacjenci z wynikiem GPPGA (ang. <i>Generalized Pustular Psoriasis Physician Global Assessment</i>) 0 lub 1; 4) pacjenci, u których wystąpiło co najmniej jedno zaostrzenie choroby w okresie ostatniego roku; 5) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania 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. Ponadto: 1) Dopuszcza się stosowanie spesolimabu w zaostrzeniu uogólnionej łuszczycy krostkowej u pacjenta leczonego inną, wymienioną w programie substancją czynną.	2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych W przypadku pacjentów o masie ciała ≥ 30 i < 40 kg nie można kontynuować leczenia w warunkach domowych; W przypadku pacjentów o masie ciała przynajmniej 40 kg: 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.	7) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 8) oznaczenie antygenu HBs; 9) oznaczenie przeciwciał anti-HCV; 10) oznaczenie antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) badanie RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 12) elektrokardiografia EKG (do decyzji lekarza prowadzącego). 2. Monitorowanie leczenia Po 2 miesiącach (± 30 dni) i 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg GPPGA zgodnie z pkt 1) kryteriów wyłączenia.
---	--	--

2) Dopuszcza się stosowanie leczenia wymienioną w programie substancją czynną u pacjenta, który otrzymał spesolimab w zaostrzeniu ciężkiej łuszczycy krostkowej. 2. Czas leczenia w programie W przypadku kwalifikacji do terapii substancją czynną ujętą w programie lekowym: 1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie; 2) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu; 3) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie podczas leczenia spesolimabem co najmniej dwóch zaostrzeń w ciągu roku; 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;	Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	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) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg GPPGA i zgodnie z pkt 1) kryteriów wyłączenia. 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
--	---	--

4. 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 innych przyczyn lub z powodu ciąży odstawiono leczenie i nie ma u niego przyczyn medycznych będących przeciwwskazaniem do stosowanego leczenia.

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) 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.
--	--	---

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 dobową: 600 mg. 1.2. niraparyb w monoterapii: maksymalna całkowita dawka dobową: 300 mg. 1.3. rukaparyb w monoterapii: maksymalna całkowita dawka dobową: 1200 mg. Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią. 1.4. olaparyb w skojarzeniu z bewacyzumabem: bewacyzumab - 15 mg/kg masy ciała dożylnie, rytm: co 3 tygodnie, do 22 cykli łącznie. Leczenie należy rozpocząć nie później niż podczas trzech ostatnich cykli chemioterapii. olaparyb - maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg. Leczenie należy rozpocząć nie wcześniej niż 3 tygodnie i nie później niż 12 tygodni po	1. Badania przy kwalifikacji 1) w celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenie schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia CA 125; 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 dożylniej. Wzór: $\text{IBW kobiety [kg]} = 0,9 \cdot \text{wzrost [cm]} - 92$ $\text{AIBW} = \text{należna masa ciała (IBW [kg])} + 0,4 \cdot (\text{rzeczywista masa ciała [kg]} - \text{IBW})$ 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 przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 6) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1.2.1. nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej 1) histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem albo rukaparybem w monoterapii stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów: – FIGO III u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach <i>BRCA1/2</i> bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu), lub – FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu albo rukaparybu),		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 <i>BRCA 1/2</i> (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 <i>BRCA1/2</i> (dziedziczna lub somatyczna) w przypadku leczenia olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem lub zidentyfikowane zaburzenia rekombinacji homologicznej (z ang. homologous recombination deficiency, HRD) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG; 4) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny; 1.2.2. nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej 1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);		kolejnych oznaczeniach, dokonanych w odstępie, co najmniej 1 tygodnia. Natomiast w przypadku braku objawów progresji w badaniu obrazowym (TK/RMI) kolejne badanie obrazowe wykonuje się nie wcześniej niż za 3 miesiące, chyba że wcześniej wystąpią objawy kliniczne progresji choroby nowotworowej. 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności
---	--	---

3) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny; 4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG; 5) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny; 1.2.3. opornego na platynę raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej 1) histologiczne rozpoznanie surowiczego niskozróżnicowanego o wysokim stopniu złośliwości nabłonkowego rak jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) platynoporność zdefiniowana jako nawrót choroby w okresie ≤ 6 miesięcy od daty podania ostatniej dawki platyny z wyjątkiem pacjentów, u których progresja po podaniu pierwszej linii chemioterapii opartej o związki platyny wystąpiła w czasie ≤ 3 miesięcy; 3) wcześniejsze zastosowanie co najmniej 1, ale nie więcej niż 3 linii leczenia systemowego (w tym co najmniej jedna linia chemioterapii z udziałem pochodnych platyny); 4) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją FRα zdefiniowany jako $\geq 75\%$ żywych komórek nowotworowych przy umiarkowanym (2+) i (lub) silnym (3+) zabarwieniu błony w badaniu IHC potwierdzony z wykorzystaniem zwalidowanego testu; 5) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG; Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem		leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie chorych olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
 - a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg aktualnych kryteriów RECIST) – 24 miesiące,
 - b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg aktualnych kryteriów RECIST) – pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat,
 - c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,
 - d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;
- 2) leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
 - a) 36 miesięcy,
 - b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,
 - c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;
- 3) leczenie chorych rukaparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
 - a) 24 miesiące,
 - b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,
 - c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

- 4) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
- a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,
 - b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności,
- 5) leczenie chorych mirwetuksymabem sorawtanzyną na opornego na platynę raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb albo rukaparyb albo mirwetuksymab sorawtanzyna) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;
- 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej:
 - a) w przypadku leczenia nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 2 według kryteriów ECOG;
 - b) w przypadku leczenia nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 3 według kryteriów ECOG;
 - c) w przypadku leczenia opornego na platynę raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 2 według kryteriów ECOG;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

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) LUB NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM CZĘŚCINOSOWEJ GARDŁA (ICD-10 C11)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
A. LECZENIE CHORYCH Z PŁASKONABŁONKOWYM RAKIEM NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)		
1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani 1.1. Leczenie pembrolizumabem dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi: a) <i>ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,</i> b) <i>ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) w przypadku dynamicznej progresji lub nasilonych dolegliwości i objawów zależnych od nowotworu (możliwość uzyskania szybszej odpowiedzi indukowanej przez chemioterapię);</i> 1.1.1. Kryteria kwalifikacji 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, ustnej lub krtaniowej części gardła lub krtani (z wykluczeniem raka typu nosogardłowego) z nawrotem miejscowym lub/i regionalnym po leczeniu loco regionalnym lub przerzutami odległymi;	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 (dalej ChPL). 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 ChPL.	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, FT3, FT4, h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 5) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające rozpoznanie miejscowego nawrotu lub uogólnienia

2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii; 3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyłączeniem chemioterapii lub leczenia celowanego stosowanego łącznie z napromienianiem w ramach leczenia radykalnego; 4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 5) wiek powyżej 18. roku życia; 6) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 9) nieobecność przeciwwskazań: a) w przypadku monoterapii: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z ChPL, b) w przypadku terapii skojarzonej: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii opartej na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) zgodnie z odpowiednimi ChPL. 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.		płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi – TK lub MRI lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta; 6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263. 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, FT3, FT4. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. 1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) badania laboratoryjne; 3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub MRI lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. 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:
---	--	---

1.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która musi być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;
- 2) nadwrażliwość na pembrolizumab;
- 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) zgodnie z ChPL;
- 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);

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

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

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 podmiotowe i przedmiotowe;
- 2) ocena sprawności w skali ECOG;
- 3) pomiar masy ciała;
- 4) badania laboratoryjne:
 - a) morfologia krwi,
 - b) oznaczenie stężenia kreatyniny,
 - c) oznaczanie stężenia glukozy,
 - d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,
 - f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,
 - g) oznaczenie poziomu TSH, FT4, FT3,
 - h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;
- 5) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające rozpoznanie miejscowego nawrotu lub uogólnienia

3) brak wcześniejszego leczenia lekami z grupy anty-PD-L/PD-L1; 4) udokumentowany nawrót (miejscowy lub węzłowy) lub uogólnienie (przerzuty) stwierdzony w trakcie lub w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu wcześniejszej chemioterapii z udziałem jednej z pochodnych platyny (w tym stosowanych w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 6) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 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 ChPL. 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;		płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi – TK lub MRI 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, FT3, FT4. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. 2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) badanie laboratoryjne; 3) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. 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).
---	--	--

2) nadwrażliwość na lek; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC, zgodnie z ChPL; 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.		Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. 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, w dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 1.3. i 2.3., 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.
B. LECZENIE CHORYCH Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (ICD-10 C11)		
1. Toripalimab w leczeniu raka jamy nosowo-gardłowej 1.1. Leczenie toripalimabem w skojarzeniu z gemcytabiną i cisplatyną dorosłych pacjentów z rakiem jamy nosowo-gardłowej 1.1.1. Kryteria kwalifikacji 1) histologicznie potwierdzony nowotwór nosogardła z nawrotem miejscowym lub regionalnym po leczeniu loco regionalnym lub przerzutami odległymi (IVB);	1. Toripalimab w leczeniu raka jamy nosowo-gardłowej Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z ChPL 240 mg <i>toripalimabu</i> podawane w postaci infuzji dożylniej w 1. dniu cyklu w skojarzeniu z	1. Toripalimab w leczeniu raka jamy nosowo-gardłowej 1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) pomiar masy ciała; 4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi,

2) w przypadku pacjentów z nawrotowym rakiem nosogardła po zastosowaniu leczenia z zamiarem wyleczenia (włączając radioterapię lub chemioterapię indukcyjną, jednoczasową, lub adjuwantową) odstęp pomiędzy ostatnią dawką radioterapii albo chemioterapii a nawrotem choroby: dłuższy niż 6 miesięcy; 3) brak możliwości ratującego leczenia regionalnego, w tym chirurgicznego lub radioterapii; 4) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego nowotworu nosogardła z wyłączeniem chemioterapii stosowanej w leczeniu radykalnym, o której mowa w pkt 2; 5) brak wcześniejszego leczenia inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego; 6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 7) wiek powyżej 18. roku życia; 8) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (w tym innych nowotworów złośliwych) bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 9) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 13) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	<i>cisplatyną</i> w dawce 80 mg/m² powierzchni ciała (p.c.) w 1. dniu cyklu oraz <i>gemcytabiną</i> w dawce 1 000 mg/m² p.c. podawaną w 1. i 8. dniu cyklu. Cykle leczenia podawane są co 21 dni (3 tygodnie). Należy podać maksymalną, tj. 6 liczbę cykli, a następnie <i>toripalimab</i> w dawce 240 mg raz na 3 tygodnie - w monoterapii. Dopuszcza się maksymalną przerwę w terapii <i>toripalimabem</i> wynoszącą 12 tygodni.	b) oznaczenie stężenia kreatyniny, c) oznaczanie stężenia glukozy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej, e) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu, f) oznaczenie poziomu TSH, FT3 i FT4, g) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 5) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające rozpoznanie miejscowego nawrotu lub uogólnienia płaskonabłonkowego raka nosogardła – TK lub MRI lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. 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, FT3, FT4; 4) ocena częstości występowania oraz ciężkości działań niepożądanych (w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych należy odnotowywać wszystkie przypadki wystąpienia działań niepożądanych, które uniemożliwiają dalszą kontynuację terapii <i>toripalimabem</i> - nie dotyczy czasowego wstrzymania terapii zgodnie z ChPL). Badania należy wykonywać co 3 tygodnie w okresie podawania chemioterapii oraz co 6 tygodni lub częściej (w zależności od sytuacji klinicznej) w okresie wyłącznej immunoterapii.
--	--	--

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. 1.2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa maksymalnie 24 miesiące lub do podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. 1.3. Kryteria wyłączenia z programu 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) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC zgodnie z ChPL; 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) 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 120 dni po jego zakończeniu;		1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) badania laboratoryjne; 3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub MRI lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. 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: – ogólny wskaźnik odpowiedzi (ORR): całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS), – czas trwania odpowiedzi na leczenie (DOR). Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. 2. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
---	--	---

6) kobiety w ciąży lub karmiące piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 1.3. oraz informacji dotyczących niemożności kontynuowania terapii w związku z wystąpieniem działań niepożądanych, dostępnymi za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

Załącznik B.54.

LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)

Schematy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego: DVTd – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem; DRd – daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; DVd – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem; DVRd – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, lenalidomidem i deksametazonem; Kd – karfilzomib w skojarzeniu z deksametazonem; KRd – karfilzomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; IRd – iksazomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;		BPd – belantamab mafodotin w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem; BVd – belantamab mafodotin w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem; EloPd – elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem; IsaPd – izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem; Tec – teklistamab w monoterapii; Elra – elranatamab w monoterapii; Tal – talkwetamab w monoterapii.	
ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO			
ŚWIADCZENIOBIORCY		SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego chorym na szpiczaka plazmocytoowego udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>: 1) pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytoowym w 1. linii leczenia: DVTd, DRd, DVRd, 2) pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym: DVd, DRd, Kd, KRd, IRd, BPd, BVd, 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. Dawkowanie leków 1.1. Dawkowanie w 1. linii leczenia w schemacie: 1.1.1. DVTd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Maksymalna liczba cykli: 6 (maksymalnie 4 cykle indukcyjne i maksymalnie 2 cykle konsolidujące). <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: 1) w leczeniu indukcyjnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-16; 2) w leczeniu konsolidującym: co dwa tygodnie w tygodniach 1-8.	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

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 – za wyjątkiem terapii <i>Tec</i>; 3) rozpoznanie szpiczaka plazmocytoowego; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku/leków (składowych wybranego schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego; 5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną/aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.	<u>Bortezomib:</u> zalecana dawka 1,3 mg/m² pc. dożylnie lub podskórną w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu. <u>Talidomid:</u> podawany doustnie w dawce 100 mg raz na dobę w każdym dniu każdego cyklu. <u>Deksametazon:</u> podawany doustnie lub dożylnie w dawce 40 mg w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16., 22. i 23. w cyklach 1. i 2. oraz w dawce 40 mg w dniach 1.-2. i 20 mg w kolejnych dniach dawkowania (dniach 8., 9., 15., 16.) w cyklach 3-4. <i>Deksametazon</i> w dawce 20 mg powinien być podawany w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16. w cyklach 5. i 6. 1.1.2. DRd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórną: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. <u>Lenalidomid:</u> zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. <u>Deksametazon:</u> zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat). 1.1.3. DVRd	szpiczakiem plazmocytoowym – badanie kośćca do decyzji lekarza); 9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml wykonany w dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku; 10) dodatkowo w przypadku schematu <i>IRd</i>, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do schematu <i>IRd</i> – badania potwierdzające obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka; 11) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>DVRd</i>, <i>IsaPd</i> – pośredni test antyglobulinowy (pośredni test Coombs'a); 12) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>DVRd</i>, <i>Bpd</i>, <i>Bvd</i>, <i>Tec</i>, <i>Elra</i>, <i>Tal</i> – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA); 13) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>: a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, b) elektrokardiografia (EKG), c) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca. 14) dodatkowo w przypadku schematu <i>Bpd</i>, <i>Bvd</i> – badanie okulistyczne (w tym badanie ostrości wzroku i badanie z użyciem lampy szczelinowej). 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 2.1. Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:
---	---	--

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia w schemacie: 1.2.1. DVTd 1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG); 3) kwalifikowanie się pacjenta do leczenia chemioterapią wysokodawkową z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego). 1.2.2. DRd 1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG); 3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) bezwzględna liczba 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	Od 1. tygodnia do 24. tygodnia każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie) = pierwsze 8 cykli. Od 25. tygodnia każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-6, co trzy tygodnie w tygodniach 7-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. <u>Bortezomib</u>: w dawce $1,3 \text{ mg/m}^2$ pc. we wstrzyknięciu podskórnym w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli. <u>Deksametazon</u>: w dawce 20 mg doustnie w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli lub w dawce 20 mg doustnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli u pacjentów w wieku > 75 lat lub z BMI $< 18,5$. Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-14 każdego cyklu od 1. do 8. cyklu włącznie, a następnie w dniach 1-21 każdego cyklu od 9. cyklu (od 25. tygodnia leczenia). U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. 1.2. Dawkowanie w leczeniu opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego w schemacie: 1.2.1. DVd Od 1. tygodnia do 24. tygodnia każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie) = pierwsze 8 cykli. Od 25. tygodnia każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie	1) morfologia krwi z rozmazem; 2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml, zgodnie z zaleceniami odpowiedniej, aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 3) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>DVRd</i>, <i>IsaPd</i>, <i>BPd</i>, <i>BVd</i>, <i>Tec</i>, <i>Elra</i>, <i>Tal</i>: a) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie klirensu kreatyniny; 4) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>: a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, b) elektrokardiografia (EKG); 5) dodatkowo w przypadku schematu <i>Tec</i>, <i>Elra</i>, <i>Tal</i> – oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG). 2.2. Badanie okulistyczne (w tym badanie ostrości wzroku i badanie z użyciem lampy szczelinowej) – w przypadku schematu <i>BPd</i>, <i>BVd</i> – badanie wykonywane przed podaniem każdej z 4 pierwszych dawek belantamabu mafodotinu, a następnie z częstością wynikającą ze wskazań klinicznych – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 2.3. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:
---	---	--

komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego). 1.2.3. DVRd 1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG); 3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) bezwzględna liczba neutrofilów $\geq 0,5 \times 10^9/l$; 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. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego w schemacie: 1.3.1. DVd 1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) nie stwierdzono oporności na leczenie <i>bortezomibem</i>. 1.3.2. DRd 1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego;	w tygodniach 10-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. <u>Bortezomib</u>: w dawce $1,3 \text{ mg/m}^2$ pc. dożylnie lub podskórnio w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli. <u>Deksametazon</u>: w dawce 20 mg doustnie w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli (tj. w dawce 80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat, BMI $< 18,5$, ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami). 1.2.2. DRd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnio: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. <u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. <u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat). 1.2.3. Kd	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 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.
---	--	---

2) bezwzględna liczba neutrofilów $\geq 0,5 \times 10^9/l$; 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 plazmocytozowego; 2) bezwzględna liczba neutrofilów $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ lub $\geq 30 \times 10^9/l$, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne; 3) LVEF $\geq 40\%$; 4) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA; 5) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego; 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 plazmocytozowego; 2) bezwzględna liczba neutrofilów $\geq 0,5 \times 10^9/l$; 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	Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu w dawce: 1) początkowej 20 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do: 2) 70 mg/m^2 pc. w dniu 8. i 15. cyklu 1., a następnie: 3) w dawce 70 mg/m^2 pc. w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu. Dawkowanie <i>karfilzomibu</i> może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem. <u>Deksametazon</u>: w dawce 40 mg doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. w cyklach 1-9, a następnie w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu. <i>Deksametazon</i> należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem <i>karfilzomibu</i>. 1.2.4. KRd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dawce: 1) początkowej 20 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. i 2. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do: 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:	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) 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;
---	--	--

na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla <i>lenalidomidu</i>); 3) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA; 4) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego; 5) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym. 1.3.5. IRd 1) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka, tj.: delecji w chromosomie 17 – del(17p), lub translokacji t(4;14), lub translokacji t(14;16); 3) brak oporności na leczenie <i>lenalidomidem</i>; 4) bezwzględna liczba neutrofilów $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 75 \times 10^9/l$ lub $\geq 30 \times 10^9/l$, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne. 1.3.6. BPd 1) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierającą <i>lenalidomid</i>.	4) w dawce $27 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$ (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 15. i 16. w cyklach 13-18. Pacjenci, u których pc. jest większa niż $2,2 \text{ m}^2$ powinni otrzymywać dawkę <i>karfilzomibu</i> obliczoną dla pc. wynoszącą $2,2 \text{ m}^2$, a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem <i>karfilzomibu</i> w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać <i>karfilzomibu</i> w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka $20/27 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$ jest podawana przez 10 minut. <u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. <u>Deksametazon</u>: zalecana dawka 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. <i>Deksametazon</i> należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem <i>karfilzomibu</i>. 1.2.5. IRd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Iksazomib</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu.	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), 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.
--	--	--

2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby albo chory jest oporny na ostatnią linię leczenia. 1.3.7. BVd 1) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia szpiczaka plazmocytoowego. 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby albo chory jest oporny na ostatnią linię leczenia. 1.3.8. EloPd 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające <i>lenalidomid</i> i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby albo chory jest oporny na ostatnią linię leczenia; 3) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej). 1.3.9. IsaPd 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające <i>lenalidomid</i> i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby albo chory jest oporny na ostatnią linię leczenia;	<u>Lenalidomid:</u> zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. <u>Deksametazon:</u> zalecana dawka: 40 mg w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. 1.2.6. BPd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Belantamab mafodotin</u> podawany dożylnie w infuzji trwającej około 30 minut w dawce 2,5 mg/kg mc. w 1. dniu cyklu 1., a następnie począwszy od 1. dnia cyklu 2. w dawce 1,9 mg/kg mc. co 4 tygodnie (tj. w dniu 1. każdego kolejnego cyklu). <u>Pomalidomid:</u> zalecana dawka: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. Liczba dni podawania <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu belantamabu mafadotin, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg. <u>Deksametazon:</u> zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. 1.2.7. BVd Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).	
--	---	--

3) brak oporności na leczenie <i>pomalidomidem</i>; 4) bezpośrednio przed pierwszym podaniem <i>izatuksymabu</i> szacunkowy wskaźnik przesączania kłębuszkowego (eGFR) <60 ml/min/1,73 m² pow. ciała; 5) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej). 1.3.10. 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 albo chory jest oporny na ostatnią linię leczenia; 4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). 1.3.11. 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 albo chory jest oporny na ostatnią linię leczenia;	Bortezomib i deksametazon są podawane przez pierwsze 8 cykli. <u>Belantamab mafodotin</u> podawany dożylnie w infuzji trwającej około 30 minut w dawce 2,5 mg/kg mc. co 3 tygodnie (tj. w dniu 1. każdego cyklu). <u>Bortezomib</u>: w dawce 1,3 mg/m² pc. podawany podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu od cyklu 1. do cyklu 8. łącznie. <u>Deksametazon</u>: w dawce 20 mg podawany doustnie lub dożylnie w dniu podania bortezomibu i następnego dnia (tj. w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego cyklu od cyklu 1. do cyklu 8. łącznie). 1.2.8. EloPd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Elotuzumab</u>: zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1. i 2., a następnie w dawce 20 mg/kg mc. w 1. dniu każdego kolejnego cyklu. <u>Pomalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu, podawana co najmniej 2 godziny po zakończeniu wlewu <i>elotuzumabu</i>, gdy podawane są w tym samym dniu. Liczba dni podawania <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu <i>elotuzumabu</i>, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg. <u>Deksametazon w dniach, w których podawany jest <i>elotuzumab</i></u>: 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: zalecana dawka <i>deksametazonu</i>: 28 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i> oraz dawka 8 mg	
--	--	--

3) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 25 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). 1.3.12. Tal 1) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anti-CD38; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby albo chory jest oporny na ostatnią linię leczenia; 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:	dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i>, 2) u pacjentów w wieku >75 lat: zalecana dawka <i>deksametazonu</i> to 8 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i> oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i>. <u>Deksametazon w dniach, w których nie jest podawany <i>elotuzumab</i></u>, a w których zaplanowane jest podanie dawki <i>deksametazonu</i>, tj. w dniach 8., 15. i 22. każdego cyklu od 3. cyklu: 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: w dawce 40 mg doustnie, 2) u pacjentów w wieku > 75 lat: w dawce 20 mg doustnie. 1.2.9. IsaPd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Izatuksymab</u>: zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu. <u>Pomalidomid</u>: zalecana dawka: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. Liczba dni podawania <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu izatuksymabu, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg. <u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie lub dożylnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. 1.2.10. Tec	
---	--	--

1) <i>DVTd</i> – leczenie trwa do maksymalnie 4 cykli (16 tygodni) w leczeniu indukcyjnym, oraz do maksymalnie 2 cykli (8 tygodni) w leczeniu konsolidującym; 2) <i>KRd</i> – leczenie <i>karfilzomibem</i> w skojarzeniu z <i>lenalidomidem</i> i <i>deksametazonem</i> trwa maksymalnie do 18 cykli, następnie kontynuowane jest leczenie <i>lenalidomidem</i> i <i>deksametazonem</i>.	Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Teklistamab</u>: leczenie teklistamabem należy rozpocząć od dawek startowych 0,06 mg/kg m.c. i 0,3 mg mg/kg m.c., zgodnie ze schematem stopniowego zwiększania dawki teklistamabu opisanym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS). Następnie, po zastosowaniu schematu stopniowego zwiększania dawki, zalecana dawka teklistamabu to 1,5 mg/kg m.c., podawana podskórną 1 raz w tygodniu. U pacjentów, którzy mieli całkowitą odpowiedź (CR) lub rygorystyczną CR (sCR) przez co najmniej 6 miesięcy, można rozważyć zmniejszenie częstości dawkowania do 1,5 mg/kg m.c. co dwa tygodnie. Przed podaniem każdej dawki teklistamabu należy zastosować produkty lecznicze w premedykacji, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia CRS.	
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 terapii stosowanych w 1. linii 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; 8) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia zgodnie z odpowiednią, aktualną	1.2.11. Elra Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Elranatamab</u>: leczenie elranatamabem podawanym we wstrzyknięciu podskórnym, należy rozpocząć od stopniowego zwiększania dawki w celu zmniejszenia częstości występowania i nasilenia CRS i ICANS, zgodnie ze 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,	

Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy schematów zawierających leki podawane dożylnie.	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. 1.2.12. Tal Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Talkwetamab</u>: należy podawać podskórnie w schemacie dawkowania <u>co tydzień lub co dwa tygodnie</u> zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla talkwetamabu. W przypadku pacjentów otrzymujących talkwetamab zgodnie ze schematem dawkowania 0,4 mg/kg mc. co tydzień, u których uzyskano odpowiednią odpowiedź kliniczną (tj. sCR, CR, VGPR lub PR) potwierdzoną w co najmniej dwóch kolejnych ocenach choroby wykonywanych nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia (dobór badań diagnostycznych powinien być zgodny z aktualnymi kryteriami IMWG odpowiednio dla każdego rodzaju uzyskanej odpowiedzi), można rozważyć przejście na schemat dawkowania 0,8 mg/kg mc. co dwa tygodnie.	
---	--	--

	1) <u>Talkwetamab w schemacie dawkowania co tydzień:</u> a) faza wstępna stopniowego zwiększania dawki: talkwetamab podawany podskórnio w dawce: – 0,01 mg/kg mc. w dniu 1., następnie – w dawce 0,06 mg/kg mc. w dniu 3., następnie – w dawce 0,4 mg/kg mc. w dniu 5., a następnie: b) faza leczenia: talkwetamab podawany podskórnio w dawce 0,4 mg/kg mc. 1 raz na tydzień. 2) <u>Talkwetamab w schemacie dawkowania co dwa tygodnie:</u> a) faza wstępna stopniowego zwiększania dawki: talkwetamab podawany podskórnio w dawce: – 0,01 mg/kg mc. w dniu 1., następnie – w dawce 0,06 mg/kg mc. w dniu 3., następnie – w dawce 0,4 mg/kg mc. w dniu 5., następnie – w dawce 0,8 mg/kg mc. w dniu 7., a następnie: b) faza leczenia: talkwetamab podawany podskórnio w dawce 0,8 mg/kg mc. 1 raz na 2 tygodnie. Szczegóły dotyczące stosowanej premedykacji oraz sposobu modyfikacji schematu dawkowania leku, w tym możliwości opóźniania dawki i warunków dotyczących możliwości zmiany dawkowania z cotygodniowego na co dwa tygodnie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	
--	---	--

	Zaleca się profilaktykę żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami. W przypadku leczenia <i>daratumumabem</i>, <i>teclistamabem</i> lub inhibitorami proteasomu, przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV. <u>Leki podawane w infuzji:</u> Przed i po infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Zmiany szybkości infuzji powinny być prowadzone zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W przypadku trwałego zakończenia podawania dowolnego produktu leczniczego wchodzącego w skład schematu leczenia, dalsze podawanie pozostałych produktów leczniczych zależy od decyzji lekarza.	
--	--	--

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) <i>infliksymab</i>; 2) <i>wedolizumab</i>; 3) <i>tofacytynib</i>; 4) <i>ustekinumab</i>; 5) <i>filgotynib</i>; 6) <i>ozanimod</i>; 7) <i>upadacytynib</i>; 8) <i>mirikizumab</i>; 9) <i>guselkumab</i>. Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo wedolizumabu albo tofacytynibu albo ustekinumabu albo filgotynibu albo ozanimodu albo upadacytynibu albo mirikizumabu albo guselkumabu 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.	1. Dawkowanie Dawkowanie infliksymabu, wedolizumabu, tofacytynibu, ustekinumabu, filgotynibu, ozanimodu, upadacytynibu, mirikizumabu, guselkumabu 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);

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 życia w przypadku infliksymabu w postaci dożylniej albo wiek od 18 lat w przypadku infliksymabu w postaci podskórnej lub wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu lub filgotynibem lub ozanimodu lub upadacytynibu lub mirikizumabu lub guselkumabu;
- 2) pacjenci z rozpozną 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

- 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.

e) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA); 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) brak przeciwwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL lub z aktualnymi wytycznymi European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) lub Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) (jeśli dotyczy). <u>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</u> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo wedolizumabem albo tofacytynibem albo ustekinumabem albo filgotynibem albo ozanimodem albo upadacytynibem albo mirikizumabem albo guselkumabem, 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.	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
--	---

Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI. 1) infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej), b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo lub PUCAI; 2) wedolizumab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej), b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona do 14 tygodnia od rozpoczęcia terapii, a następnie co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo; 3) tofacytynib a) terapia indukcyjna: 8 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 8 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 8 tygodni leczenia, b) leczenie podtrzymujące tofacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być		(modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny); 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach ($\pm$ 2 tyg.). 2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca po zakończeniu leczenia indukcyjnego jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem; 3) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. 2.5. Monitorowanie leczenia filgotynibem
---	--	---

przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 4) ustekinumab a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylniej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej), b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji 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,		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 (neutrofilii) oraz limfocytów w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii); 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 10 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach leczenia. 2.6. Monitorowanie leczenia ozanimodem W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 5 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
---	--	---

b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 8) mirikizumab a) terapia indukcyjna: 12 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 12 tygodni leczenia, okres leczenia indukcyjnego może maksymalnie wynosić 24 tygodnie, b) leczenie podtrzymujące mirikizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo, c) ponowna indukcja: w przypadku pacjentów, u których stwierdzono utratę odpowiedzi terapeutycznej podczas leczenia podtrzymującego mirikizumabem możliwe jest ponowne podanie mirikizumabu w infuzji dożylniej co 4 tygodnie (łącznie 3 dawki). Jeśli dodatkowa terapia dożylna przyniesie korzyści kliniczne, pacjenci mogą wznowić podawanie podskórne. 9) guselkumab a) terapia indukcyjna: 12 – 24 tygodnie, b) leczenie podtrzymujące guselkumabem 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.		3) morfologię krwi z rozmazem wraz z oznaczeniem bezwzględnej liczby limfocytów w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia (w razie potwierdzenia bezwzględnej liczby limfocytów $<0,2 \times 10^9/l$ należy przerwać leczenie ozanimodem do czasu, gdy stężenie limfocytów powróci do poziomu $>0,5 \times 10^9/l$, wówczas można rozważyć ponowne rozpoczęcie leczenia ozanimodem); 4) stężenia aminotransferaz i stężenie bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana dłużej niż 12 miesięcy, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać nie rzadziej niż co 6 miesięcy. 2.7. Monitorowanie leczenia 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 postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.
--	--	---

Opakowanie zawierające 2 wstrzykiwacze (w każdym 200 mg guselkumabu) oraz opakowanie zawierające 1 fiol. 20 ml (200 mg guselkumabu) mogą być stosowane wyłącznie w schemacie dawkowania indukcyjnego, jednakże w liczbie nie większej niż 3 opakowania leku na każdego pacjenta rozpoczynającego terapię.

Opakowanie zawierające 1 wstrzykiwacz (200 mg guselkumabu) może być stosowane wyłącznie w schemacie dawkowania podtrzymującego.

Opakowanie zawierające 1 wstrzykiwacz (100 mg guselkumabu) może być stosowane wyłącznie w schemacie dawkowania podtrzymującego (q8w), tj.: dawka podtrzymująca 100 mg, począwszy od 16. tygodnia podawana we wstrzyknięciu podskórnym co 8 tygodni.

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;
- 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. Monitorowanie leczenia guselkumabem

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca po zakończeniu leczenia indukcyjnego jest zobowiązany wykonać następujące badania:

- 1) ocena skuteczności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 2) morfologia z krwi obwodowej;
- 3) CRP.

		W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni. 2.10. 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. 2.11. 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 <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i> dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie
--	--	--

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

Załącznik B.56.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się tylko jedną linię hormonoterapii lekiem nowej generacji i jedną linię terapii inhibitorem PARP z wykorzystaniem substancji: 1) apalutamid; 2) darolutamid; 3) enzalutamid; 4) olaparyb; 5) niraparyb + octan abirateronu; 6) talazoparyb. W leczeniu wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC) stosowany jest apalutamid albo darolutamid albo enzalutamid. W leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów (nmCRPC) stosowany jest apalutamid albo darolutamid albo enzalutamid. W leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) stosowany jest enzalutamid albo olaparyb albo niraparyb + octan abirateronu albo talazoparyb w skojarzeniu z enzalutamidem. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowym antyandrogenem oraz inhibitorem PARP. 1. Kryteria kwalifikacji	1. Dawkowanie leków U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH. 1) apalutamid: zalecana dawka dobową wynosi 240 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. 2) darolutamid: zalecana dawka wynosi 600 mg (dwie tabletki po 300 mg) przyjmowane dwa razy na dobę, co stanowi równoważność całkowitej dawki dobowej wynoszącej 1200 mg. Lek należy połykać w całości z pokarmem. U pacjentów z mHSPC leczenie darolutamidem powinno być prowadzone zgodnie z ChPL (dotyczy wszystkich wskazań dla darolutamidu). Leczenie mHSPC należy kontynuować do czasu progresji choroby lub wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności, nawet jeśli podanie kolejnego kursu docetakselu jest opóźnione lub leczenie docetaksem przedwcześnie zakończono.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia PSA; 4) oznaczenie stężenia testosteronu; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem lub talazoparybem także wyliczenie klirensu kreatyniny); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) scyntygrafia kośćca; 10) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny w zależności od sytuacji klinicznej); 11) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem,

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza; 2) ukończony 18. rok życia; 3) stan sprawności: a) 0-1 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu), - albo b) 0-2 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselem), olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem (mCRPC); 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 6) nieobecność schorzeń lub stanów stanowiących przeciwwskazanie do zastosowania terapii; 7) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 8) brak rozpoznania raka stercza z różnicowaniem neuroendokrynnym lub raka drobnokomórkowego lub raka przewodowego. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1.2.1. Chorych na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami apalutamidem albo enzalutamidem albo darolutamidem albo	3) enzalutamid: zalecana dawka wynosi 160 mg (cztery tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Leków hormonalnych nowej generacji nie należy stosować równocześnie z docetakselem (za wyjątkiem darolutamidu w mHSPC) ani innymi antyandrogenami lub inhibitorami CYP17. 4) olaparyb: zalecana dawka wynosi 300 mg (dwie tabletki po 150 mg) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 600 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Lek stosuje się w monoterapii (za wyjątkiem leczenia skojarzonego z analogiem lub antagonistą LHRH). 5) niraparyb + octan abirateronu: dawka początkowa obejmuje podanie raz dziennie dwóch tabletek zawierających w jednej tabletkę 2 substancje czynne (1 tabletkę: niraparyb 100 mg + octan abirateronu 500 mg) oraz 10 mg prednizonu/prednizolonu. W razie konieczności możliwe jest zastosowanie tabletek o obniżonej zawartości niraparybu (niraparyb 50 mg + octan abirateronu 500 mg). Niedopuszczalne jest zastosowanie niraparybu w skojarzeniu z octanem abirateronu przy użyciu dwóch oddzielnych tabletek (tabletki zawierające niraparyb i osobno tabletki zawierające octan abirateronu). 6) talazoparyb w skojarzeniu z enzalutamidem: zalecana dawka to 0,5 mg talazoparybu w skojarzeniu ze 160 mg	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)];
---	---	--

darolutamidem w skojarzeniu z docetakselem 1) stadium wrażliwości na kastrację; 2) udokumentowana możliwość rozpoczęcia leczenia docetakselem (w przypadku leczenia darolutamidem w skojarzeniu z docetakselem); 3) zakończone leczenie docetakselem albo decyzja lekarza o odstąpieniu od stosowania docetakselu wraz z jej uzasadnieniem (w przypadku leczenia apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem); 4) brak cech radiologicznej lub biochemicznej progresji u chorych leczonych deprywacją androgenów przed włączeniem do programu; 5) obecność przerzutów potwierdzona w badaniu scyntygrafii kości lub przerzutów do tkanek miękkich lub przerzutów trzewnych w badaniach obrazowych (TK/MR), w przypadku występowania wyłącznie przerzutów do węzłów chłonnych do programu mogą zakwalifikować się jedynie pacjenci z przerzutami nieregionalnymi (tj. występującymi powyżej rozwidlenia aorty); 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie o założeniu radykalnym, w tym stosowanie hormonoterapii uzupełniającej przez maksymalnie 3 lata, o ile została zakończona co najmniej rok wcześniej; 7) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie deprywacją androgenów (kastacja farmakologiczna lub chirurgiczna), ale nie dłużej niż 6 miesięcy na etapie choroby przerzutowej; 8) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu 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	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); 6) inne badania w razie wskazań klinicznych. 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 <i>BRCA1</i> lub <i>BRCA2</i>; 5) u chorych z klirensiem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej. 1.2.5. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie na etapie mCRPC) niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem		udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; 3) nieobecność wskazań do zastosowania chemioterapii w I linii leczenia mCRPC); 4) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu (z wyjątkiem pacjentów, którzy kontynuują leczenie mCRPC rozpoczęte maksymalnie 4 miesiące wstecz, o ile w trakcie leczenia pacjent nie doznał progresji choroby (nie jest konieczne wykonywanie badań obrazowych, chyba że występują wskazania kliniczne do ich wykonania)) w przypadku leczenia niraparybem + octanem abirateronu; 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu w przypadku leczenia talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem; 6) niestosowanie wcześniejszego leczenia niesteroidowymi antyandrogenami; 7) niestosowanie wcześniejszego leczenia inhibitorami PARP; 8) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie <i>BRCA1</i> lub <i>BRCA2</i> w przypadku leczenia niraparybem + octanem abirateronu; 9) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genach <i>HRR</i> (<i>BRCA2</i>, <i>ATM</i>, <i>CDK12</i>, <i>CHECK2</i>, <i>BRCA1</i>, <i>PALB2</i>, <i>RAD51C</i>) w przypadku leczenia talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem;		
--	--	--

10) u chorych z klirensiem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej.

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

2. Czas leczenia w programie

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

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:

a) progresji choroby określonej na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec najniższej wartości osiągniętej w trakcie terapii (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml, chyba że lekarz prowadzący uzna, że leczenie przynosi udokumentowaną korzyść kliniczną i nieuzasadnione jest (albo niemożliwe) zastosowanie terapii kolejnej linii

lub

b) progresji choroby ustalonej na podstawie aktualnej klasyfikacji RECIST (dla zmian w tkankach miękkich) lub PCWG (dla zmian w układzie kostnym);

2) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności:

a) do stopnia 2-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu), albo b) do stopnia 3-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselem), olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem (mCRPC); 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 6) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
--	--	--

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) <i>toxinum botulinum</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek od 18 roku życia; 2) pacjenci: a) po przebytych niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala, lub b) po przebytych urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala, lub c) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35), lub d) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80), lub	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalne dawki na sesję: 1) Botox: kończyna/kończyny góra/górne i dolna/dolne 600 j. (tylko jedna kończyna góra – 350 j., tylko jedna kończyna dolna – 400 j.); 2) Dysport: kończyna/kończyny góra/górne i dolna/dolne 1500 j. (tylko jedna kończyna góra – 1100 j., tylko jedna kończyna dolna – 1500 j.); 3) Xeomin: kończyna/kończyny góra/górne i dolna/dolne – 800 j. (tylko jedna kończyna góra – 500 j., tylko jedna kończyna dolna – 600 j.). Częstość podawania leku zależy od stanu	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie neurologiczne: a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashworth – MAS, b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych), c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością; 2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR ≤ 2,5). 2. Monitorowanie leczenia Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku lub wg decyzji lekarza prowadzącego ale nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się:

e) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83). 3) pacjenci z potwierdzoną spastycznością: a) kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; lub b) kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; 4) brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli dotychczas leczeni w ramach programu lekowego B.30. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Maksymalnie finansuje się 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. 3. Kryteria wyłączenia z programu	klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii (USG).	1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku; 2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale); 3) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych); 4) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością. W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia: a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS, b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale), c) wynik testu oceniającego stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research
---	--	--

1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS względem wartości wyjściowych; 2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 8) ciąża lub karmienie piersią.		Council (MRC), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ
---	--	---

Załącznik B.58.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PRZĘŁYKU, POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO I ŻOŁĄDKA (ICD-10: C15-C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
LECZENIE RAKA PRZĘŁYKU I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO		
Indeks wykorzystanych skrótów: AEG - ang. <i>adenocarcinoma of the esophagogastric junction</i> , gruczolakorak połączenia żołądkowo-przłykowego EAC - ang. <i>esophageal adenocarcinoma</i> , gruczolakorak przełyku ESCC - ang. <i>esophageal squamous cell carcinoma</i> , płaskonabłonkowy rak przełyku		
W programie finansuje się leczenie uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przłykowego lub jedną z dwóch linii leczenia zaawansowanego raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przłykowego substancjami: 1) pembrolizumab; 2) niwolumab; 3) ipilimumab; 4) tislelizumab. Leczenie uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przłykowego obejmuje: 1) leczenie adiuwantowe niwolumabem w monoterapii dorosłych pacjentów z rakiem przełyku (płaskonabłonkowym lub gruczolowym) lub połączenia żołądkowo-przłykowego,	1. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi 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. Dawkowanie chemioterapii stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.	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 $\geq$ ypT1 lub $\geq$ 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):

z 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 PD-L1 $\geq 1\%$ (I linia leczenia). 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 PD-L1 wg skali CPS ≥ 10 (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). Do leczenia pembrolizumabem kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku nieoperacyjnego lub	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 Zalecana dawka niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem: 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie lub 360 mg co 3 tygodnie.	– ≥ 5 w przypadku leczenia EAC niwolumabem w skojarzeniu z chemioterapią, – ≥ 10 w przypadku leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią; 5) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg TPS (tumor proportion score) $\geq 1\%$ - dotyczy leczenia ESCC niwolumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo ipilimumabem; 6) potwierdzenie ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej $\geq 5\%$ za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia tislelizumabem w skojarzeniu z chemioterapią; 7) morfologia krwi z rozmazem; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny; 9) oznaczanie stężenia glukozy; 10) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 11) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 12) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 13) oznaczenie poziomu sodu, potasu – dotyczy leczenia niwolumabem lub tislelizumabem; 14) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia pembrolizumabem lub tislelizumabem; 15) oznaczenie poziomu fT4 i TSH; 16) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 17) elektrokardiografia (EKG) – dotyczy leczenia niwolumabem lub tislelizumabem; 18) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów (tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy
---	---	---

z 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 $\geq 5\%$ (I linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie). 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 <i>fluoropirymidyną</i> (II linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej platyny i <i>fluoropirymidynie</i>: a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia lub b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii.	Zalecana dawka ipilimumabu: 1 mg/kg mc. co 6 tygodni. W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania <i>ipilimumabu</i> możliwe jest odstawienie <i>ipilimumabu</i> i kontynuowanie leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii. 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 <i>fluoropirymidynie</i> lub pochodnej platyny i <i>taksanie (paklitaksel)</i> w leczeniu skojarzonym z <i>tislelizumabem</i> 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 <i>tislelizumabem</i>. 2.6. tislelizumab w monoterapii Zalecana dawka tislelizumabu: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni.	brzuszej 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 <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i>; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia sodu i potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i>; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i>; 9) oznaczenie wolnej T4 i TSH; 10) EKG – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i>. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta, w przypadku leczenia ESCC lub EAC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i> lub leczenia <i>tislelizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią, – nie rzadziej niż co 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii (leczenie uzupełniające i leczenie ESCC) lub <i>tislelizumabem</i> 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 <i>platyny</i> (II linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej <i>platyny</i>: a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia lub b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii. Stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie. Leczenie zaawansowanego gruczolaka przełyku (EAC) 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		– przed każdym podaniem <i>ipilimumabu</i>, – u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z <i>niwolumabem</i>, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną, – przed każdym podaniem chemioterapii stosowanej w terapii skojarzonej z <i>pembrolizumabem</i> należy wykonać badania wymienione w ppkt 1), 2), 4), 5), 6), 8), – nie rzadziej niż 6 tygodni należy wykonać badanie wymienione w ppkt 9) w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i>. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników w skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
--	--	--

6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie). 2) leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą pochodną platyny i fluoropirymidynę dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym gruczolakorakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami, 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, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie). W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii u danego pacjenta z wykorzystaniem <i>niwolumabu</i> albo <i>pembrolizumabu</i> albo <i>tislelizumabu</i>. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) histologicznie potwierdzony: – rak przełyku (płaskonabłonkowy lub gruczolowy) lub połączenia żołądkowo-przełykowego bez przerzutów odległych z chorobą ocenioną mikroskopowo $\geq$ ypT1 lub $\geq$ ypN1 - dotyczy leczenia uzupełniającego <i>niwolumabem</i> w monoterapii, – rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym o zaawansowaniu	– 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 papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	---

lokoregionalnym – dotyczy leczenia ESCC <i>niwolumabem</i> w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>, – płaskonabłonkowy lub gruczołowy rak przełyku miejscowo zaawansowany nieoperacyjny lub z przerzutami – dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią, – gruczolakorak przełyku nieoperacyjny miejscowo zaawansowany lub przerzutowy – dotyczy leczenia EAC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią, – rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym - dotyczy leczenia <i>tislelizumabem</i> 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 <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią, – ≥ 10 w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią; 4) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg TPS (tumor proportion score) $\geq 1\%$ – dotyczy leczenia ESCC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>; 5) udokumentowana i potwierdzona ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej $\geq 5\%$ za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować		
---	--	--

alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia <i>tislelizumabem</i> 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 <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią oraz leczenia EAC <i>pembrolizumabem</i>; 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 <i>niwolumabem</i> w monoterapii (II linia leczenia ESCC) lub <i>pembrolizumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> w monoterapii trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. Leczenie <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią (ESCC lub EAC) albo <i>ipilimumabem</i> (ESCC) lub <i>tislelizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią, u pacjentów bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności trwa maksymalnie 24 miesiące. Leczenie uzupełniające (adiuwantowe) <i>niwolumabem</i> w monoterapii trwa maksymalnie 12 miesięcy. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić: – 12 tygodni w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii albo w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i> albo leczenia <i>tislelizumabem</i> w monoterapii albo w skojarzeniu z chemioterapią, – 8 tygodni w przypadku leczenia uzupełniającego <i>niwolumabem</i> w monoterapii,		
---	--	--

– 6 tygodni w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i>. 3. Kryteria wyłączenia 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
LECZENIE RAKA ŻOŁĄDKA I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZELYKOWEGO		
W programie finansuje się trzy linie leczenia zaawansowanego raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przelykowego substancjami: 1) <i>niwolumab</i>;	1. Dawkowanie 1.1. <i>niwolumab</i>	1. Badania przy kwalifikacji 1.1. Badania ogólne

2) tislelizumab; 3) pembrolizumab; 4) zolbetuksymab; 5) ramucyrumab; 6) triflurydyna z typiracylem; 7) 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). 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 $\geq 5\%$ (I linia leczenia). 3) leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą fluoropirymidynę i pochodne platyny dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 1 (I linia leczenia).	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 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) 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 lub pembrolizumabem: 1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2; 2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg skali CPS (combined positive score) ≥ 5 – dotyczy leczenia niwolumabem lub ≥ 1 – dotyczy leczenia pembrolizumabem; 3) potwierdzenie ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej $\geq 5\%$ za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia tislelizumabem;
---	--	---

4) leczenie **pembrolizumabem** w skojarzeniu z **trastuzumabem** i **chemioterapią** zawierającą **fluoropirymidynę** i pochodne **platyny** dorosłych pacjentów z HER2-dodatnim zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przłykowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 1 (I linia leczenia).

5) leczenie **zolbetuksymabem** w skojarzeniu z **chemioterapią** opartą na pochodnych **fluoropirymidyny (5FU)** i **platyny (oksaliplatyna lub kapecytabina)** - według schematu **FOLFOX** lub **CAPOX** dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym miejscowo zaawansowanym nieresekcyjnym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przłykowego wykazującym obecność kładyny (CLDN) 18.2, definiowanej jako $\geq 75\%$ komórek guza wykazujących umiarkowane do silnego immunohistochemiczne barwienie błonowego CLDN18, potwierdzone za pomocą zwalidowanego testu (I linia leczenia).

Do leczenia **niwolumabem** lub **tislelizumabem** lub **pembrolizumabem** lub **zolbetuksymabem** 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). W programie istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii z wykorzystaniem **niwolumabu** albo **tislelizumabu** albo **pembrolizumabu** albo **zolbetuksymabu**.

6) leczenie **ramucyrumabem** w skojarzeniu z **paklitakselem** w przypadku pacjentów, u których wykazano progresję choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi **platyny** i **fluoropirymidyną** (II linia leczenia).

1.3. pembrolizumab

Dla **pembrolizumabu** szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną ChPL.

Dawkowanie **trastuzumabu** lub **chemioterapii** stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii lub **trastuzumabu** możliwe jest odstawienie chemioterapii lub **trastuzumabu** i kontynuowanie leczenia **pembrolizumabem**.

1.4. zolbetuksymab

Zalecana dawka **zolbetuksymabu** to **800 mg/m² pc.** podawane we wlewie dożylnym **w 1 dniu cyklu** – pojedyncza dawka nasycająca, następnie **600 mg/m² pc.** podawane we wlewie dożylnym **co 3 tygodnie** zaczynając **3 tygodnie po podaniu pojedynczej dawki nasycającej** albo **400 mg/m² pc.** podawane we wlewie dożylnym **co 2 tygodnie** zaczynając **2 tygodnie po podaniu pojedynczej dawki nasycającej**

Dawkowanie chemioterapii opartej na **fluoropirymidynie (5FU)** i pochodnej **platyny (oksaliplatynie lub kapecytabinie)** - według schematu **CAPOX** lub **FOLFOX** stosowanej

4) oznaczenie stężenia glukozy;

5) oznaczenie poziomu sodu, potasu;

6) oznaczenie poziomu fT4 i TSH.

7) EKG i ECHO lub MRI, konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO lub MRI – dotyczy leczenia **pembrolizumabem** w skojarzeniu z **trastuzumabem** i **chemioterapią**.

1.3. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia **zolbetuksymabem**:

- 1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji *in situ* oceniające ekspresję HER2;
- 2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji CLDN18.2 zgodnie z ChPL;

1.4. 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.

1.5. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia **triflurydyną z typiracylem**:

Do leczenia <i>ramucyrumabem</i> kwalifikowani są pacjenci z udokumentowaną obiektywną radiologiczną lub kliniczną progresją choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi platyny i <i>fluoropirymidyną</i>. 7) leczenie <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i> 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 <i>fluoropirymidynę</i>, <i>platynę</i> i <i>taksany</i> lub <i>irynotekan</i> (III linia leczenia). Ponadto, w przypadku pacjentów kwalifikujących się do leczenia <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i>, z potwierdzoną nadekspresją receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego wymagana jest wcześniejsza terapia anty-HER2. 8) leczenie <i>trastuzumabem derukstekanem</i> pacjentów z HER2 dodatnim zaawansowanym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego, którzy otrzymali wcześniej schemat leczenia oparty na <i>trastuzumabie</i> (II lub kolejne linie leczenia). 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego; 3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score) ≥ 5 – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub CPS ≥ 1 – dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i>;	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 <i>zolbetuksymabem</i>. 1.5. ramucyrumab Szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawka <i>paklitakselu</i>: 80 mg/m², podawana we wlewie dożylnym w 1., 8. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni. Przed podaniem <i>ramucyrumabu</i> 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 <i>paklitakselu</i> powinna być zgodna z lokalną praktyką kliniczną. 1.6. triflurydyna z typiracylem	1) badanie ogólne moczu. 1.6. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia <i>trastuzumabem derukstekanem</i>: 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 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 <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i>; 7) oznaczenie poziomu sodu i potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i>; 8) oznaczenie poziomu fT4 i TSH – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i>; 9) badanie parametrów układu krzepnięcia w razie wskazań klinicznych – dotyczy leczenia <i>ramucyrumabem</i>; 10) EKG w razie wskazań klinicznych; 11) EKG i ECHO lub MRI w trzecim oraz szóstym miesiącu, a następnie w przypadku wskazań klinicznych – dotyczy
--	---	--

4) udokumentowana i potwierdzona ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej $\geq 5\%$ za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia <i>tislelizumabem</i> 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią lub <i>zolbetuksymabem</i>; 6) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka (wynik /3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia <i>trastuzumabem derukstekanem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>trastuzumabem</i> i <i>chemioterapią</i>; 7) udokumentowana ekspresja kładyny 18.2 zgodnie z ChPL – dotyczy leczenia <i>zolbetuksymabem</i>; 8) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca - dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i>; 9) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 10) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;	Szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.7. <i>trastuzumab derukstekan</i> Szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku. Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.	leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>trastuzumabem</i> i <i>chemioterapią</i> 12) badanie ogólne moczu – dotyczy leczenia <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i> Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> lub <i>zolbetuksymabem</i>, – przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia <i>ramucyrumabem</i>, – przed każdym cyklem podania <i>triflurydyny</i> w skojarzeniu z <i>typiracylem</i>, – u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i>, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną, – dodatkowo przed podaniem każdej dawki <i>paklitakselu</i> badania w ppkt. 1), 3), 4) i 5), – dodatkowo każdorazowo należy wykonać pomiar ciśnienia tętniczego w przypadku leczenia <i>ramucyrumabem</i>, – przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia <i>trastuzumabem derukstekanem</i>. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa jamy
---	--	---

12) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 13) nieobecność objawowych przerzutów do OUN – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> lub <i>zolbetuksymabem</i> lub <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i> lub <i>trastuzumabem derukstekanem</i>; 14) nieobecność przerzutów do OUN – dotyczy leczenia <i>ramucyrumabem</i>; 15) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 16) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i>; 17) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 18) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 19) 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.		brzuszej i miednicy, tomografia komputerowa lub RTG klatki piersiowej lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 tygodni w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> lub <i>zolbetuksymabem</i> lub <i>trastuzumabem derukstekanem</i>, – nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub przed zakończeniem co drugiego kursu, jeśli leczenie było czasowo przerwane) w przypadku leczenia <i>ramucyrumabem</i>, – nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunąć w realizowaniu leczenia) w przypadku leczenia <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i>. Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii badania monitorujące skuteczność leczenia można wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników w skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).
---	--	---

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* lub *pembrolizumabem*, 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* lub *pembrolizumabem* lub *zolbetuksymabem*;
- 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 *niwolumabu* lub *pembrolizumabu* lub *tislelizumabu*, 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;

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;
- 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.

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.		
---	--	--

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) <i>niwolumab</i>; 2) <i>pembrolizumab</i>; 3) <i>niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem</i>; 4) <i>wemurafenib w skojarzeniu z kobimetynibem</i>; 5) <i>enkoraftenib w skojarzeniu z binimetynibem</i>; 6) <i>dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem</i>; 7) <i>niwolumab w skojarzeniu z relatlimabem</i>. W leczeniu uzupełniającym finansuje się substancje: 1) <i>niwolumab</i>; 2) <i>pembrolizumab</i>; 3) <i>dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem</i>. W leczeniu przedoperacyjnym finansuje się substancje: 1) <i>niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem</i>. 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 umożliwiającą 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 przebytych 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-1 czerniaka w stopniu IIB lub IIC (dotyczy pembrolizumabu i niwolumabu), czerniaka z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji; nie wyklucza z możliwości zastosowania immunoterapii w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV. 2) potwierdzenie ekspresji PDL1 < 1% na komórkach nowotworu (dotyczy terapii niwolumabem z relatlimabem). 1.2.2. skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub terapii skojarzonej dabrafenibem z trametynibem lub terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 2) wielkość odstępów 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 trametynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem; 11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi; 13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu); 15) oznaczenie stężenia TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 16) ogólne badanie moczu - dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem; 17) pomiar temperatury ciała i wywiad w kierunku występowania gorączek; 18) elektrokardiogram (EKG); 19) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej
--	--	--

1.2.3. uzupełniającej dabrafenibem w skojarzeniu z trametynibem 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 2) całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni lub 12 tygodni, jeżeli terapia uzupełniająca podawana jest po zastosowaniu terapii neoadjuwantowej niwolumabem z ipilimumabem). 1.2.4. uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem 1) całkowita resekcja czerniaka (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji maksymalnie 16 tygodni lub 12 tygodni, jeżeli terapia uzupełniająca (wyłącznie niwolumabem) podawana jest po zastosowaniu terapii neoadjuwantowej niwolumabem z ipilimumabem); 2) potwierdzenie zajęcia węzłów chłonnych (dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem) lub przerzutów odległych (dla terapii niwolumabem) w stadiach zaawansowania III – IV (nie dotyczy terapii uzupełniającej niwolumabem stosowanej po terapii neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem, która dotyczy jedynie chorych w klinicznym stopniu III); 3) brak wystarczającej odpowiedzi patomorfologicznej po zastosowaniu terapii neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem – tylko dla terapii		wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem; 20) badanie okulistyczne, w tym dna oka, w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem. Badania laboratoryjne wykonuje się: 1) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem: co 6 – 12 tygodni; 2) dla terapii przedoperacyjnej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem badania wykonuje się w terminie między drugą dawką a resekcją; 3) dla pozostałych terapii nie rzadziej niż co 8 – 10 tygodni. Zaleca się, aby wszystkie próbki były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku (z wyjątkiem leczenia przedoperacyjnego niwolumabem z ipilimumabem). Elektrokardiogram wykonuje się po miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania. W przypadku wskazań klinicznych badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane 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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji 1.1. do leczenia systemowego cystynozy nefropatycznej cysteaminą w postaci doustnej 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego; 2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.2. do leczenia miejscowego cystynozy nefropatycznej z towarzyszącym odkładaniem się kryształków cystyny w rogówce oka cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu 1) aktualnie lub w wywiadzie stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego;	1. Dawkowanie cysteaminą w postaci doustnej Zalecana dawka dobową cysteaminą u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m² powierzchni ciała /dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobową leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Lekicznego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m² powierzchni ciała/dobę. 2. Dawkowanie cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu Zalecana dawka to jedna kropla zakraplana do każdego oka 4 razy na dobę w godzinach dziennych. Pomiędzy każdym zakraplaniem zaleca się zachować 4 godziny odstępu.	1. Badania przy kwalifikacji 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPART, ALAT) w surowicy krwi na czczo; 4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m² powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 5) gazometria krwi żyłnej; 6) badanie ogólne moczu; 7) stężenie TSH, fT4; 8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 9) USG jamy brzusznej; 10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR; 11) konsultacja neurologiczna; 12) konsultacja endokrynologiczna;

2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz); 3) zidentyfikowanie kryształków cystyny w badaniu przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym; 4) wiek ≥ 2 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Leczenie miejscowe cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu może być stosowane jednocześnie z leczeniem systemowym cysteaminą w postaci doustnej. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze; 2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie; 3) nadwrażliwość na penicylaminę;	Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego dawkę można stopniowo zmniejszać (do minimalnej całkowitej dobowej dawki równej 1 kropli zakraplanej do każdego oka) w zależności od wyników badań okulistycznych (np. odkładanie się kryształków cystyny w rogówce, nadwrażliwość na światło).	13) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż; 14) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Raz na 90 dni: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu w surowicy krwi na czczo; 3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m² powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 4) gazometria krwi żyłnej; 5) badanie ogólne moczu; 6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 7) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR. 2.2. Raz na 180 dni: 1) stężenie TSH, fT4; 2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); 3) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej. 2.3. Raz na 365 dni: 1) USG jamy brzusznej; 2) konsultacja neurologiczna;
---	---	--

4) karmienie piersią; 5) ciąża; 6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych; 7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia.		3) konsultacja endokrynologiczna; 4) konsultacja psychologiczna; 5) konsultacja gastrologiczna; 6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

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 dożylnie) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni. SCIg (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki	1. Badania przy kwalifikacji 1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) poziom glukozy w surowicy krwi; 4) oznaczenie w żyłnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych; 5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP); 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR; 7) poziom białka C-reaktywnego (CRP); 8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;

Jeżeli nie można ocenić, czy w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej pacjenci spełniali kryteria włączenia do programu, to leczenie można kontynuować w ramach programu lekowego, pod warunkiem, że przeprowadzone badania lub ocena kliniczna pozwolą na potwierdzenie, że chory spełnia kryteria włączenia do programu. 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 przeciwwskazanie 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 między 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 żyłnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych; 3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy; 4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy; 5) ocena funkcji wątroby: poziomy ALAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy; 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy; 7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy; 8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy; 9) masa ciała na każdej wizycie;
---	--	---

2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.	podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia, 4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg lub fSCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta, 5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	10) ciśnienie krwi na każdej wizycie; 11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych); 12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego; 13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	---	---

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 powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji 1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej -2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych; 2) wiek > 4 lat; 3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji); 5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości; 7) stężenie hormonu wzrostu ≥ 10 nq/ml stwierdzone na podstawie 2 spośród 4 testów stymulacji sekrecji tego hormonu lub na podstawie testu nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu); 8) brak przeciwwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	1. Dawkowanie Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,48–1,29 IU/kg/tydz. (0,16–0,43 mg/kg/tydz.), optymalnie ok. 0,75 IU/kg/tydz. (0,25 mg/kg/tydz.).	1. Badania przy kwalifikacji 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1c}); 5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 6) pomiar stężeń triglicerydów; 7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 8) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 9) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) badanie dna oka; 12) pomiar stężenia TSH; 13) pomiar stężenia fT₄; 14) pomiar stężenia fT₃; 15) RTG śródreźcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego, 16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 17) morfologia krwi z rozmazem; 18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu: 1) objawy pseudo-tumor cerebri; 2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej; 3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci. O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań. 3. Kryteria wyłączenia 1) złuszczenie głowy kości udowej; 2) pseudo-tumor cerebri; 3) cukrzyca; 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy; 6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok; 7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca; 8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała; 9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe; 10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych; 11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci		konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego; 20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu: a) test z insuliną, b) test z klonidyną, c) test z glukagonem, d) test z levodopą; 21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI); 22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o karyotyp lub badanie molekularne; 23) USG jamy brzusznej; 24) USG serca; 25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. 2. Monitorowanie leczenia 2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 2.2 Co 180 dni 1) pomiar glikemii na czczo;
--	--	---

stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.		2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA1c; 3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni); 4) pomiar stężenia TSH; 5) pomiar stężenia fT₄; 6) pomiar stężenia fT₃; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. 2.3 Co 365 dni 1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia triglicerydów; 4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu; 5) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 6) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi: a) badanie dna oka, b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera; 8) RTG śródreczę, 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: - w przypadku niepowodzenia lub nietolerancji wcześniej stosowanych inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL: <i>ponatynibem</i> (dorośli pacjenci z obecnością genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia), - w pierwszej całkowitej remisji: <i>blinatumomabem</i> (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), - od 2. lub kolejnej linii leczenia: <i>blinatumomabem</i> (dzieci i dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), <i>inotuzumabem ozogamycyny</i> (dorośli pacjenci bez względu na obecność chromosomu Filadelfia), - w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową (MRD): <i>blinatumomabem</i> (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u>	1. Dawkowanie leków 1.1. ponatynib Zalecana dawka początkowa <i>ponatynibu</i> wynosi 45 mg podawana doustnie raz na dobę. U pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL lub z opomością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym można stosować dawkę 30 mg lub 15 mg podawaną doustnie raz na dobę. 1.2. blinatumomab 1.2.1. w pierwszej całkowitej remisji Każdy cykl leczenia <i>blinatumomabem</i> trwa 28 dni (4 tygodnie), po którym następuje 14-dniowy (2-tygodniowy) okres bez leczenia. Cykle 1 - 4: <i>blinatumomab</i> 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: - morfologia krwi z rozmazem; - badanie cytologiczne szpiku; - dotatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i>: - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), - oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, - oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, - oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, - oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; - badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność genu <i>BCR-ABL*</i> we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. - dotatkowo w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> 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 <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia (Ph+);	W dniach 29-42 każdego cyklu leczenia <i>blinatumomab</i> 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 dobową dawką <i>blinatumomabu</i> jest ustalana według masy ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Pacjentom o masie ciała 45 kg lub większej podaje się stałą dawkę, a pacjenci ważący mniej niż 45 kg otrzymują dawkę obliczoną w oparciu o pole powierzchni ciała (pc.). 1) Pacjenci o masie ciała <45 kg: <u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest: – w dniach 1-7 w dawce 5 µg/m² p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 9 µg); – w dniach 8-28 w dawce 15 µg/m² p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 28 µg). W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia). <u>Cykl 2:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 15 µg/m² p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 28 µg).	a) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi, b) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi, c) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi; d) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu: – badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego, - lub – badania obrazowe OUN, e) dodatkowo w przypadku kwalifikacji dziecka - badanie próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10⁻⁴ w celu oceny mierzalnej choroby resztkowej; 5) dodatkowo w przypadku terapii <i>inotuzumabem ozogamcyny</i>: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, d) oznaczenie APTT, e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
---	--	---

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 <i>dazatynibu</i>, lub b) wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania <i>dazatynibu</i>, lub c) nietolerancja leczenia <i>dazatynibem</i>, uniemożliwiająca jego dalsze stosowanie, stwierdzona na dowolnym etapie leczenia, lub d) udokumentowana obecność mutacji T315I genu <i>BCR-ABL</i>, której wystąpienie stwierdzono na dowolnym etapie leczenia. 1.2.2. blinatumomab (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 <i>BCR-ABL</i> 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 $\geq 1000/\mu\text{l}$, płytki krwi $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ i stężenie hemoglobiny $\geq 9\text{ g/dl}$ oraz brak zmian pozaszpikowych);	2) Pacjenci o masie ciała $\geq 45\text{ kg}$: <u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest: – w dniach 1-7 w dawce $9\text{ }\mu\text{g/dobę}$ w ciągłej infuzji; – w dniach 8-28 w dawce $28\text{ }\mu\text{g/dobę}$ w ciągłej infuzji. W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia). <u>Cykl 2:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce $28\text{ }\mu\text{g/dobę}$ 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. <u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce $28\text{ }\mu\text{g/dobę}$ w ciągłej infuzji. W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia). Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przerwano na czas nieprzekraczający 7 dni, należy wznowić ten sam cykl leczenia tak, aby ukończyć podawanie infuzji w ciągu 28 dni	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) wznova lub brak molekularnej remisji choroby; 6) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu; 7) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu <i>blinatumomabem</i>) – nie dotyczy dzieci, u których wystąpiła wznova 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 <i>BCR-ABL</i> 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 <i>Inotuzumab ozogamycyny</i> 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. <u>Cykl 1:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w 3 dawkach podzielonych: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl. Cykl 1. powinien trwać 3 tygodnie, ale można go przedłużyć do 4 tygodni, jeśli u pacjenta wystąpi CR lub CRi lub w celu umożliwienia ustąpienia objawów toksyczności. <u>Cykle 2 i 3:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m² pc.,	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 <i>blinatumomabem</i>:
---	--	---

6) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) wznova hematologiczna lub brak molekularnej remisji choroby (MRD $> 10^{-4}$) po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia, lub c) wznova hematologiczna po wcześniejszym przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, lub d) wznova 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 Lekicznego (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/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m² pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl. Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. 2) Pacjenci, u których nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych Leczenie trwa do maksymalnie 6 cykli, jednakże w przypadku pacjentów, którzy nie osiągnęli CR lub CRi po 3 cyklach terapii, należy przerwać leczenie po 3 cyklach. <u>Cykl 1:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w 3 dawkach podzielonych: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl.	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 w 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 $\geq 5\%$ lub
 - obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub
 - obecność pozaszpikowych ognisk choroby,
 - lub
 - b) wznowa hematologiczna definiowana jako:
 - odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ lub

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/m² pc.,
- w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz
- w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc.,

co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m² pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu:

- w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc.,
- w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz
- w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc.,

co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl.

Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.

Cykle 4-6: *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu:

- w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m² pc.,
- w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz
- w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc.,

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 <i>blinatumomabem</i>) – nie dotyczy chorych, u których wystąpiła wznova 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/m² pc./cykl. Cykle 4-6 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. 2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz zmniejszania dawki leku zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. 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 <i>inotuzumabem ozogamycyny</i> 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 – 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 <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia; 5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych przy rozpoznaniu; 6) stosowanie uprzednio co najmniej trzech schematów standardowego leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (przez schemat rozumie się 1-szy, 2-gi cykl leczenia indukującego, 1-szy, 2-gi, 3-ci cykl leczenia konsolidującego oraz cykle		
--	--	--

reindukujące według obowiązującego protokołu leczenia PALG); 7) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność <5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 1000/\mu\text{l}$, płytki krwi $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ i stężenie hemoglobiny $\geq 9\text{ g/dl}$); 8) obecność mierzalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD $\geq 10^{-3}$, tj. MRD $\geq 0,1\%$ w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}); 9) brak uprzedniego przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 10) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu; 11) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:		
--	--	--

- | | | |
|---|--|--|
| <p>1) <i>ponatynibem</i> – należy dążyć do wykonania możliwie szybko przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego, a leczenie <i>ponatynibem</i> należy zakończyć przed przeszczepieniem. W przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby.</p> <p>2) <i>blinatumomabem</i> (w pierwszej całkowitej remisji) – można zastosować maksymalnie 4 cykle leczenia w schemacie sekwencyjnym ze standardową chemioterapią, tj.: 2 cykle <i>blinatumomabu</i>, następnie 3 cykle chemioterapii konsolidującej, następnie 1 cykl <i>blinatumomabu</i>, następnie 1 cykl chemioterapii konsolidującej, następnie 1 cykl <i>blinatumomabu</i>. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Chemioterapię konsolidującą należy realizować według aktualnego protokołu PALG.</p> <p>3) <i>blinatumomabem</i> 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 <i>blinatumomabem</i>, 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 <i>blinatumomabem</i> u chorego, który uzyskał:</p> <p>a) całkowitą remisję definiowaną jako spełnienie wszystkich następujących warunków:</p> | | |
|---|--|--|

– 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) <i>inotuzumabem ozogamycyny</i> – u chorego, u którego: a) jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia, b) nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia; 5) <i>blinatumomabem</i> u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – można zastosować maksymalnie jeden cykl leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) brak remisji: a) w przypadku terapii <i>ponatynibem</i>: brak całkowitej remisji hematologicznej po 3 miesiącach stosowania <i>ponatynibu</i> u chorego, u którego stwierdzono oporność na wcześniejsze leczenie <i>dazatynibem</i> lub nawrót hematologiczny,		
---	--	--

b) w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dzieci: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia <i>blinatumomabem</i>, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ - lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, c) w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dorosłych: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ - lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną - lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, - lub brak całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi); d) w przypadku terapii <i>inotuzumabem</i> <i>ozogamycyny</i>: brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) po 3 cyklach leczenia; 3) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;		
--	--	--

6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym: a) w przypadku stosowania <i>blinatumomabu</i> od 2. lub kolejnej linii leczenia – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni, b) w przypadku stosowania <i>blinatumomabu</i> u pacjenta w 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 LIMFOLASTYCZNĄ Z KOMÓREK B (ICD-10: C91.0) – Terapia CAR-T		
W ramach części II. programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową ostrą białaczkę limfoblastyczną (ALL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem: 1) <i>tisagenlecleucelu</i> (pacjenci w wieku do 25 lat włącznie), albo 2) <i>breksukabtagenu autoleucel</i> (pacjenci w wieku 26 lat i powyżej), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji	1. Dawkowanie leku Schemat dawkowania <i>tisagenlecleucelu</i> oraz <i>breksukabtagenu autoleucel</i> zgodnie zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych substancji czynnych. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i>. Przed podaniem <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i> 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 <i>tisagenlecleucelu</i>, lub	aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych produktów. <i>Tisagenlecleucel</i> oraz <i>brekuskabtagen autoleucel</i> muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi <i>tisagenlecleucelem</i> lub <i>breksukabtagenem autoleucel</i>. 2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i>.	b) oznaczenie klirensu kreatyniny; 5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych lub ocena molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność lub nawrót choroby; 6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 7) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR); 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 9) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy); 10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs – w przypadku dodatnich anti-HBc wykonać HBV DNA); 11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anti-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anti-HCV); 12) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: 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 <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i>: 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 m² albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci); 5) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤ 5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku; 6) stężenie bilirubiny $< 2,0$ mg/dl; 7) funkcja skurczowa lewej komory $\geq 28\%$ potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory $\geq 45\%$ potwierdzona za pomocą echokardiogramu. 1.2.2. breksukabtagenem autoleucel 1) wiek 26 lat i powyżej; 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 allogenicznym krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 100 dniach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem <i>breksukabtagenu autoleucel</i>, lub e) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI; 5) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii. 2. Określenie czasu leczenia w programie U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie <i>tisagenlecleucelu</i> albo jedno podanie <i>breksukabtagenu autoleucel</i>). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.		2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T 1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS; 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie stężenia fibrynogenu, d) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), f) oznaczenie APTT, g) oznaczenie INR, h) oznaczenie stężenia D-dimerów, (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi); 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz; 4) morfologia krwi obwodowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów. 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 *tisagenlecleucel*,
 - 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 wznova 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 <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i>.		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.
		1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita remisja (CR), b) całkowita remisja z obecnością mierzalnej choroby resztkowej (CR MRD+), c) całkowita remisja z ujemną mierzalną chorobą resztkową (CR MRD-), d) nawrót choroby (Rel), e) przeżycie wolne od nawrotu choroby (RFS),

		f) całkowite przeżycie (OS); Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. *badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.
--	--	---

Załącznik B.66.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE (ICD-10: C84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNIE SKÓRNE CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE		
W ramach części I. programu lekowego udostępnia się poniższe terapie: 1) chorym na ziarniniaka grzybiastego: a) <i>beksaroten w monoterapii</i>, b) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i>, c) <i>mogamulizumab w monoterapii</i>, 2) chorym na zespół Sezary'ego: a) <i>beksaroten w monoterapii</i>, b) <i>mogamulizumab w monoterapii</i>, 3) chorym na pierwotnie skórno chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL): a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i> <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej;	1. Dawkowanie 1.1. <i>beksaroten w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego Zalecana dawka początkowa beksarotenu to 300 mg/m² p.c./dobę. Obliczenie dawki początkowej zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki beksarotenu 150 mg/m² p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m² p.c./dobę 1.2. <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu pierwotnie skórno chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) określenie TNMB i mSWAT; 7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 9) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia brentuksymabem vedotin – badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka;

2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG (w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem i mogamulizumabem dopuszcza się stan sprawności według ECOG 3 – jeśli wynika z zaawansowania chłoniaka); 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>ziarniniaka grzybiastego</u> 1.2.1. beksaroten w monoterapii 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego; 2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC); 3) spełnienie jednego z poniższych kryteriów: a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich, lub b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN), lub	Zalecana dawka brentuksymabu vedotin wynosi 1,8 mg/kg m.c. podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, co 3 tygodnie. 1.3. mogamulizumab w monoterapii – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary’ego Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Zalecana dawka mogamulizumabu to 1 mg/kg m.c. podawana w infuzji dożylnej trwającej co najmniej 60 minut w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem: a) oznaczenie stężenia TSH, b) oznaczenie stężenia fT4, c) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram), d) EKG z opisem; 11) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia mogamulizumabem: a) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA), b) badanie przesiewowe w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA), c) badanie przesiewowe w kierunku HIV, d) badania w celu oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS): – oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor), – oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. beksarotenem w monoterapii – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary’ego
--	---	---

c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym; 4) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu. 1.2.2. brentuksymab vedotin w monoterapii 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego; 2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC); 3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w ziarniniaku grzybiastym; 4) w przypadku stadium choroby: a) IB-IIA spełnienie jednego z poniższych kryteriów: – progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich, - lub – nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem, - lub – nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem, b) IIB lub wyższym – nawrót lub progresja choroby, niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego; 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;		Badania wykonywane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii, a następnie 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku): 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) oznaczenie stężenia TSH; 7) oznaczenie stężenia fT4; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram). Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4 „Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenem” powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. 2.2. brentuksymabem vedotin w monoterapii – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórniego chłoniaka
---	--	---

1.2.3. mogamulizumab w monoterapii 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego; 2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC); 3) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego ziarniniaka grzybiastego; 4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia zespołu Sezary’ego 1.3.1. beksaroten w monoterapii 1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary’ego; 2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów: a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich, lub b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN), lub c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym; 3) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.		anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL) Badania wykonywane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. 2.3. mogamulizumabem w monoterapii – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary’ego 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) badania wykonywane przed i po podaniu leku w pierwszym miesiącu leczenia – w celu monitorowania ze względu na ryzyko zespołu rozpadu guza (TLS):.
---	--	--

1.3.2. mogamulizumab w monoterapii 1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary’ego; 2) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego zespołu Sezary’ego; 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>pierwotnie skórno-chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)</u> 1.4.1. brentuksymab vedotin w monoterapii 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza pierwotnie skórno-chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL); 2) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w jednej biopsji zmian w pcALCL; 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.5. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:		a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor), c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) kontrolne badania obrazowe – wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych; 2) wypełnienie skali mSWAT – raz na 2 miesiące. Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4 „Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenem” powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych (o ile zasadne jest ich wykonanie), który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe (o ile zasadne jest ich wykonanie) muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.
--	--	--

1) <i>brentuksymabem vedotin</i> w <i>monoterapii</i> – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności: a) w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku – w przypadku terapii <i>beksarotenem</i> w <i>monoterapii</i>, b) wymagającej przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – w przypadku terapii <i>brentuksymabem vedotin</i> w <i>monoterapii</i> oraz <i>mogamulizumabem</i> w <i>monoterapii</i>; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii <i>beksarotenem</i> w <i>monoterapii</i>		Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
--	--	--

1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 4) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		
II. LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWEGO CHŁONIAKA ANAPLASTYCZNEGO Z DUŻYCH KOMÓREK (sALCL)		
W ramach części II. programu lekowego chorym na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL) udostępnia się terapie: 1) w 1. linii leczenia a) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i>, 2) w 2. i kolejnych liniach leczenia a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii.</i> <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;	1. Dawkowanie 1.1. brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP) <u>Brentuksymab vedotin:</u> Zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. <u>Cyklofosfamid:</u> zalecana dawka to 750 mg/m² pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 7) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka; 8) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK).

2) potwierdzona histologicznie diagnoza układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL); 3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL). 1.3. Kryteria kwalifikacji do 2. i kolejnych linii leczenia 1) oporność na leczenie lub nawrót po leczeniu układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL). 1.4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili	<u>Dokсорubicyna</u>: zalecana dawka to 50/m² pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie. <u>Prednizon</u>: zalecana dawka to 100 mg podawana doustnie w dniach 1-5 każdego 3-tygodniowego cyklu. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Leczenie może trwać maksymalnie 8 cykli. 1.2. brentuksymab vedotin w monoterapii <u>Dorośli</u>: Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. <u>Dzieci</u>: Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać	2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Badania wykonywane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia – badania obrazowe TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu wykonywane: 1) po 3. lub po 4. cyklu leczenia i po zakończeniu leczenia oraz w razie klinicznego podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii w 1. linii leczenia; 2) po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami – w przypadku terapii w 2. i kolejnych liniach leczenia. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.
--	--	--

rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) <i>brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i> – leczenie trwa maksymalnie do 8 cykli; 2) <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i> – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności terapii definiowany jako: a) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia – w przypadku terapii w 1. linii leczenia, b) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia, albo brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia albo nawrót choroby w trakcie trwania leczenia – w przypadku terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności według WHO powyżej 3; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią;	maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku). 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
---	--	--

6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
		4. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) choroba stabilna (SD), d) progresja choroby (PD), e) przeżycie bez progresji choroby (PFS), f) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie

		elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. W przypadku pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4.1) części I programu nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.
--	--	--

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)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>immunoglobuliną ludzką normalną</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci, u których przeprowadzono diagnostykę w oparciu o ocenę stanu neurologicznego wg. ustalonych zasad oraz wykluczono inne przyczyny obserwowanych zaburzeń poza wymienionymi poniżej. Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria odpowiednio w następujących rozpoznaniach: 1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP) 1) potwierdzona: a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów, b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; 2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania. 1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)	1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylniej: 1) pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni. 2) kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni. W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP, miopatii zapalnych i SPS dawkowanie ustala się indywidualnie. 2. Dawkowanie immunoglobulin podskórnych (SCIg, fSCIg), posiadających zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:	1. Badania przy kwalifikacji: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał; 5) proteinogram; 6) EMG; 7) rezonans magnetyczny; 8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; 9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych; 10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4); 11) wzrokowe potencjały wywołane; 12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA; 13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;

1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów; 2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej. 1.3. Miastenia (MG) przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów: 1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg mc; 2) retencja CO₂ (ciśnienie parcjale powyżej 45 mmHg); 3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO₂ poniżej 93%; 4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy; 5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania; 6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym; 7) nasilenie objawów miastonii w okresie ciąży. 1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eaton, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych: 1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych; 2) badanie neurofizjologiczne; 3) rezonans magnetyczny; 4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. 1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe	1) SCIg Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylniej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylniej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona. Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki. W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg 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 dożylniej. Zalecana dawka podskórna wynosi od 0,3 do 2,4 g/kg masy ciała na miesiąc, podawana w 1 lub 2 sesjach w ciągu 1 lub 2 dni. Dawkowanie fSCIg	14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych; 15) w przypadku kwalifikacji do SPS oznaczenie przeciwciał anty-GAD. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylniej: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT; 4) oznaczenie aktywności AST; 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. 2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylniej: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT; 4) oznaczenie aktywności AST; oraz do decyzji lekarza: 5) proteinogram;
--	---	--

w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami. 1.6. Zespół Guillain-Barre w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów: 1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania; 2) narastający niedowład mięśni twarzy; 3) dyzartia; 4) dysfagia; 5) zaburzenia oddechowe. 1.7. Choroba Devica (NMO) 1) potwierdzona wykonaniem: a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego, b) badania potencjałów wzrokowych, c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4), d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego; 2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania. 1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym 1) potwierdzone wykonaniem: a) rezonansu magnetycznego mózgu, b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego, c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym; 2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.	zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych immunoglobulin podskórnych (SCIg, fSCIg) Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy. Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w placówce realizującej Program Lekowy, warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnie, według następującego schematu: a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku, b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna, c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia, d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi	6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. Należy także ocenić: 7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej. 2.3. W przypadku leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną (SCIg, fSCIg) każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego. 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT, 4) oznaczenie aktywności AST; oraz do decyzji lekarza: 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. Należy także ocenić: 7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej. 3. Monitorowanie programu
---	---	---

1.9. Zespół sztywności uogólnionej (SPS) 1) potwierdzony: a) badaniem EMG, b) oznaczeniem przeciwciał przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (przeciwciał anty-GAD); 2) przy braku skuteczności leczenia objawowego: baklofenem, tynidazyną benzodiazepinami i gabapentyną lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania i istotnych klinicznie objawach SPS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia: 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia, a w przypadku kontynuacji terapii - pomimo zastosowania każdego kolejnego 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 CHOROBYMI SIATKÓWKI (ICD-10: H34, H35.3, H36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PŁAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (nAMD)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie wysiękowego zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem substancjami: 1) <i>aflibercept 2 mg</i>; 2) <i>aflibercept 8 mg</i>; 3) <i>brolocizumab</i>; 4) <i>farycymab</i>; 5) <i>ranibizumab</i>. 1. Kryteria kwalifikacji 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji	1. Dawkowanie 1.1. Zalecane dawki na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe to: 1) <i>aflibercept</i> – 2 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) <i>aflibercept</i> 8 mg; co odpowiada 70 µl roztworu (0,07ml); 3) <i>brolocizumab</i> – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) <i>farycymab</i> – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) <i>ranibizumab</i> – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez: 1) 3 kolejne miesiące – <i>aflibercept 2 mg</i>, <i>aflibercept 8 mg</i>, <i>brolocizumab</i>, <i>farycymab</i>; 2) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego. W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji (pkt 10 Kryteriów wyłączenia), kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenie badań do pełnego zakresu.

podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT; 2) wiek 45 lat i powyżej; 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2 – 0,8, określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji 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 – <i>ranibizumab</i>. 1.3. Faza podtrzymująca Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend”. Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami: 1) <i>aflibercept 2 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni; 2) <i>aflibercept 8 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 24 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby; 3) <i>brocizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni i maksimum co 12 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; 4) <i>farycimab</i> – iniekcje wykonuje się co 16 tygodni (u pacjentów bez aktywności choroby) lub 8 lub 12 tygodni (u pacjentów z aktywnością choroby), jednorazowo odstęp między dawkami można zwiększać do maksymalnie 16 tygodni i skracać minimalnie do 8 tygodni;	2. Monitorowanie leczenia 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, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 - małe zabiegi witreoretinalne lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku definiowana jako: a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub	5) <i>ranibizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie. 1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent. 1.5. Wstrzymanie podawania leku Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi: 1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); 2) rozerwanie siatkówki; 3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi $\geq 50\%$ całkowitej powierzchni zmiany; 4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący); 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, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu zaplanowanym przez lekarza prowadzącego, które według jego oceny kończy leczenie - lub b) w fazie podtrzymującej, co 24 miesiące (maksymalnie do 2 miesięcy od upływu tego terminu) dla afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu; 2) u pacjentów włączonych do programu lekowego przed 1.01.2026 r.: 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 <i>afliberceptu 2 mg lub afliberceptu 8 mg</i> lub <i>brolicizumabu</i> lub <i>farycymabu</i> lub <i>ranibizumabu</i> w okresie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki leku; 11) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:	brolicizumabem 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 afliberceptem 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 afliberceptu 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 uszkodzenie 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 PŁAMKI (DME)		
Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców w pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego. Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców wymagających zmiany leku w programie lub leczonych wcześniej w ramach innych źródeł finansowania przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny), na wniosek lekarza prowadzącego, po udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anty-VEGF w poprzednim etapie leczenia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie cukrzycowego obrzęku płamki substancjami:	1. Dawkowanie leków 1.1. Zalecane dawki na jedno podanie doszklistkowe to: 1) <i>aflibercept</i> – 2 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) <i>aflibercept</i> – 8 mg, co odpowiada 70 µl roztworu (0,07 ml); 3) <i>bewacyzumab</i> – 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) <i>brolocizumab</i> – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) <i>deksametazon</i> – 700 µg, co odpowiada jednemu implantowi doszklistkowemu; 6) <i>farycymab</i> – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 7) <i>ranibizumab</i> – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml). 1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego; 5) konsultacja diabetologiczna, lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza POZ z wynikiem badania HbA1c i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy. W przypadku posiadania przez pacjenta aktualnego

1) <i>aflibercept 2 mg</i>; 2) <i>aflibercept 8 mg</i>; 3) <i>bewacyzumab</i>; 4) <i>brolocizumab</i>; 5) <i>deksametazon</i> w postaci implantu doszklistkowego; 6) <i>farycymab</i>; 7) <i>ranibizumab</i>. 1. Kryteria kwalifikacji 1) obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozłana), CME – postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza); 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 4) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych; 5) stężenie HbA1c: a) w przypadku leczenia <i>bewacyzumabem</i>: należy rozpocząć terapię bez względu na jego poziom, jeżeli po 5 dawkach leku poziom HbA1c > 9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbA1c ≤ 9% kiedy Zespół Koordynacyjny może podjąć decyzję o zmianie leku; b) na inny lek niż <i>bewacyzumab</i>, gdy stężenie HbA1c ≤ 9%; 6) brak dominującej błony przedsiatkówkowej;	Leczenie pacjentów pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek <i>bewacyzumabu</i>, podawanych w odstępach 28 – 35 dni. U pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku rozpoczęcia leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem <i>deksametazonu</i> w postaci implantu. Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez: 1) 3 kolejne miesiące – <i>aflibercept 8 mg</i>; 2) 5 kolejnych miesięcy – <i>bewacyzumab, aflibercept 2 mg</i>; 3) 3 lub 4 kolejnych miesięcy – <i>farycymab</i>; 4) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – <i>ranibizumab</i>. Jedna iniekcja co 6 tygodni przez: 1) 5 kolejnych dawek - <i>brolocizumab</i>. 1.3. Faza podtrzymująca Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend”. Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami:	badania HbA1c (z ostatnich 6 miesięcy, uzyskanego na podstawie badania laboratoryjnego lub w postaci odczytu z elektronicznych systemów monitorowania glikemii) o konieczności konsultacji specjalistycznej decyduje lekarz prowadzący pacjenta. W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z pkt. 3 (Kryteria przerwania terapii) kwalifikację pacjenta opierać należy na badaniach z pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu. 2. Monitorowanie leczenia 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej – co 12 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu; 4) opcjonalnie: a) fotografia dna oka, b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa). 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Badania wymienione w pkt 1, 2 i 4 przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie
--	--	---

7) brak aktywnych włókno-naczyniowych trąkci, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie; 8) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej; 9) brak krwotoku do ciała szklanego 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 nerokujących 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) <i>aflibercept 2 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni; 2) <i>aflibercept 8 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 24 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby; 3) <i>bewacyzumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku skuteczności leczenia odstęp ten można wydłużyć po 12 miesiącach leczenia; 4) <i>brolicizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku braku aktywności choroby po 12 miesiącach leczenia odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć do 16 tygodni; 5) <i>deksametazon</i> w postaci implantu – zgodnie z ChPL; w przypadku nawrotu aktywności choroby schemat dawkowania ustala lekarz prowadzący stosując lek nie częściej niż w odstępach co 4 miesiące (tj. nie częściej niż co 124 dni) z możliwością wydłużenia odstępów między wstrzyknięciami do 9 miesięcy (tj. do 279 dni); 6) <i>farycymab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie i maksymalnie co 16 tygodni, 7) <i>ranibizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.	do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania. Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć. 2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia Ocena skuteczności leczenia przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu. Ocena skuteczności leczenia odbywa się: 1) w okresie od 1 do 2 miesięcy po ostatnim podaniu bewacyzumabu z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych; 2) co 12 miesięcy, maksymalnie do 2 miesięcy od upływu tego terminu dla afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu; 3) po 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: afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu, deksametazonu albo 2) kontynuacji leczenia ze zmianą afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolicizumabu,
---	--	---

przypadku <i>afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu</i> oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku płamki iniekcjami doszkliskowymi <i>afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu</i> lub <i>deksametazonu</i> w postaci implantu: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria przerwania terapii 1) czynne zakażenie oka lub jego okolic; 2) zapalenie wnętrza gałki ocznej; 3) ciężkie zapalenie błony naczyniowej związane z terapią <i>brolucizumabem</i>;	1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent. 1.5. Wstrzymanie podawania leku Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi: 1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); 2) rozerwanie siatkówki; 3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący); 4) brak aktywności choroby. O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu. 1.6. Zmiana leku lub dawki leku w programie 1) zmiana leku w programie odbywa się za zgodą Zespołu Koordynacyjnego. 2) zmiana leku z bewacyzumabu na inny możliwa jest, gdy HbA1c wynosi $\leq 9\%$. 3) schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący. 4) u pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku	farycymabu, ranibizumabu na implant doszkliskowy 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 $\geq 20\%$ w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości ≤ 300 μm. Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie. Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku. Na podstawie badań wymienionych w pkt. 2 w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) uzyskanie poprawy; b) stabilizację choroby; c) progresję choroby. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu
--	--	--

4) okres ciąży i karmienia piersią; 5) przedarcie 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 trąk, 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 afliberceptu 8 mg nie można dokonać zmiany leku na dawkę afliberceptu 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 ZAKRZEPĘ 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 wtórnej 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 podpoła siatkówki >250 µm w badaniu OCT; 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,05 – 0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych; 6) brak aktywnych włókno-naczyniowych trąk, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie; 7) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii proliferacyjnej; 8) brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego; 9) brak neowaskularyzacji 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 nerokujących 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 <i>deksametazonu</i> 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, równoległe 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 doszkliskowymi przeciwciałami monoklonalnymi anty-VEGF, rekombinowanym białkiem fuzyjnym lub implantami doszkliskowymi 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 śródgłowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); 2) rozerwanie siatkówki; 3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgłowej (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 bewacyumabu 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 bewacyumabu 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 bewacyumabu; 2) po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 11 dawek bewacyumabu; 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 bewacyumabu; 2) kontynuacji leczenia ze zmianą leku na implant z deksametazonem; 3) wyłączeniu pacjenta z programu ze względu na brak skuteczności po 11 iniekcjach bewacyumabu 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. <i>Kryteria wyłączenia</i> lub <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i>. 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 płamce 3. lub 4. stopnia; 7) progresja choroby definiowana jako: a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości $\leq 0,05$ określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio	wyeliminowania stref niedokrwienych 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 doszkliskowego może być powtórzone najwcześniej po 4 miesiącach po poprzednim podaniu leku.	odpowiednio ekwiwalent ETDRS), lub do wartości $\geq 0,8$; 2) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o $\geq 20\%$ w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości $\leq 300 \mu\text{m}$. 3) wyeliminowanie stref niedokrwienych 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 bewacyumabu; 2) po 11 zastrzykach bewacyumabu; 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. Sofosbuvir+welpataswir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych. 2. Glekaprewir+piibrentaswir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. 3. Sofosbuvir+welpataswir+woksyleprewir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie aktywności ALAT; 4) oznaczenie stężenia albumin; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) czas lub wskaźnik protrombinowy; 7) oznaczenie poziomu kreatyniny; 8) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 9) oznaczenie antygenu HBs; 10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy); 11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej) lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4; 12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1)- jeśli nie było wykonywane wcześniej. Przy czym, dopuszczalne jest odstępianie z oznaczania genotypu w

a) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem albo b) 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem oraz woksylaprewirem w przypadku pacjentów po niepowodzeniu uprzedniej terapii inhibitorami NS5A albo c) w przypadku niemożności oznaczenia genotypu należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. U pacjentów kwalifikujących się pierwszorazowo do terapii pangenotypowej nie ma konieczności oznaczania genotypu HCV, w związku z tym nie muszą spełniać kryterium kwalifikacji określonego w pkt. 1.5. 2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą; 2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anty-HCV; 3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z welpataswirem; 4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżać aktywność osoczną sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i woksylaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy);		przypadku kwalifikacji do pierwszorazowej terapii pangenotypowej. 2. Monitorowanie leczenia 1) w 1 dniu, przed podaniem leków: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności ALAT, c) oznaczenie stężenia bilirubiny, d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności ALAT; 3) w 4 tygodniu: a) oznaczenie stężenia bilirubiny – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, powtórzyć oznaczenia w 8 tygodniu oraz jeżeli dotyczy w 12, 16 i 24 tygodniu; 4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, b) USG jamy brzusznej. Dopuszczalne jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza rozpoczynającego terapię, odstępianie od wizyt pacjenta i procedur monitorowania leczenia określonych w punktach 2.2 i 2.3 w trakcie leczenia, jeżeli podczas kwalifikacji w ocenie zaawansowania choroby wątroby wykazano w elastografii sztywność <12,5 kPa lub APRI <1 lub FIB-4 <1,3 lub brak histologicznych cech marskości w biopsji wątroby. U takich pacjentów możliwe jest wydanie leków w ilości niezbędnej do zabezpieczenia pełnego czasu terapii o ile nie przekracza 12 tygodni (w zależności od wybranej terapii,
---	--	---

5) ciąża lub karmienie piersią; 6) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach: a) sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksylaprewirem (o ile dotyczy) albo b) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy). 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 (z wyłączeniem pkt 2.2) w trakcie leczenia; 2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia: – w opinii lekarza prowadzącego terapię lub – zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych; 3) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		indywidualnie przyjętego schematu dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisana powyżej decyzja lekarza rozpoczynającego leczenie, powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Decyzja ta może zostać zmieniona w trakcie trwania leczenia w przypadku zmiany stanu klinicznego pacjenta lub podejrzenia braku adherencji. Niezależnie od przypadku klinicznego, osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię musi mieć miejsce 12 tygodni po zakończeniu terapii w celu określenia skuteczności zastosowanego leczenia. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

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) <i>toksyną botulinową typu A</i> (dorośli pacjenci), 2) <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i> (pediatryczni pacjenci w wieku od 6 lat), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (z punktu 1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczegółnej terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji: 1) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym (wykonanym zgodnie z pkt 5) badań przy kwalifikacji); 2) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do	1. Dawkowanie Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. 1.1. Dawkowanie <i>toksyny botulinowej typu A</i> Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek <i>toksyny botulinowej typu A</i> jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz. W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku. W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek <i>toksyny botulinowej typu A</i> jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie fizykalne; 2) badanie ogólne moczu; 3) badanie bakteriologiczne moczu; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) badanie urodynamiczne (w przypadku terapii <i>toksyną botulinową typu A</i> – głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – wykonywane nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych – w takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej; 6) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do terapii <i>toksyną botulinową typu A</i>: a) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglających z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów), b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);

terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. toksyną botulinową typu A 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nietrzymanie moczu z parć nagłych; 3) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane; 4) wystąpienie: a) niedostatecznej skuteczności dotychczasowego leczenia NNW, obserwowane przez minimum miesiąc, definiowane jako: – pogorszenie się czynności nerek, - lub – przetrwałe nietrzymanie moczu z parć nagłych, - lub – pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, - lub – zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, - lub – pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych, - lub	1.2. Dawkowanie chlorowodorku oksybutyniny Ze względu na znaczne różnice 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) dobową dawkę początkową: Dawka początkowa wynosi 0,1 mg/kg m.c. i podawana jest dopócherzowo rano. Dawkę można dostosować po tygodniu leczenia. Należy wybrać najmniejszą skuteczną dawkę. b) całkowita dawka dobową: 2-30 mg Nie należy podawać więcej niż 10 mg jako pojedynczej dawki. Maksymalna możliwa dawka dobową wynosi 30 mg. 2) <u>Młodzież w wieku od 12 lat do ukończenia 18 lat:</u> a) dobową dawkę początkową: 10 mg b) całkowita dawka dobową: 10-40 mg. Maksymalna możliwa dawka dobową wynosi 40 mg. Jeśli konieczne są dawki większe niż dawka początkowa, dawkę należy zwiększać stopniowo (z zastrzeżeniem maksymalnej możliwej dawki dobowej) do czasu, aż NNW będzie wystarczająco kontrolowana, by umożliwić dokładne monitorowanie zarówno	7) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do terapii chlorowodorkiem oksybutyniny – badanie USG układu moczowego wykonane nie wcześniej niż 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. terapia toksyną botulinową typu A: 1) badania wykonywane po pierwszych 2 tygodniach leczenia, a następnie co każde 3 miesiące (w ramach wizyt kontrolnych): a) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, d) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania, e) badanie w celu oceny objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. 2.2. terapia chlorowodorkiem oksybutyniny: 1) badanie wykonane po 4-6 tygodniach leczenia – badanie ogólne moczu (w ramach pierwszej wizyty kontrolnej); 2) badania wykonywane po 1-2 miesiącach od pierwszej wizyty kontrolnej, następnie po kolejnych 1-2 miesiącach, następnie po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde 6-12 miesięcy leczenia (w zależności od wieku dziecka) (w ramach wizyt kontrolnych): a) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
---	--	--

b) nietolerancji leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc) rozumianej jako wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych objawów: – zaburzenia rytmu serca, – zaburzenia pamięci, – zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania powodujące zaburzenia odżywiania, – zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; 5) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby; 6) negatywny wywiad w kierunku: a) neuropatii obwodowych, b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); 7) wykluczenie stosowania aminoglikozydów, pochodnych kurary lub innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe. 1.2.2. chlorowodorkiem oksybutyniny 1) wiek od 6 lat do ukończenia 18 lat; 2) NNW wynikająca z uszkodzenia rdzenia kręgowego lub z rozszczepienia kręgosłupa; 3) wystąpienie: a) braku skutecznej kontroli NNW za pomocą doustnych leków antycholinergiczych, obserwowane przez	skuteczności, jak i bezpieczeństwa stosowania. Wymagane dzienne dawki podtrzymujące można podzielić na kilka podań, zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.	3) badanie wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde 6-12 miesięcy leczenia – badanie USG układu moczowego. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia: 3.1. terapia toksyną botulinową typu A: 1) ocena wykonywana po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od każdego podania <i>toksyny botulinowej typu A</i> – ocena w zakresie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień (zgodnie z punktem 3.1.a) w kryteriach wyłączenia z programu). 3.2. terapia chlorowodorkiem oksybutyniny: 1) badanie urodynamiczne wykonane po 3 miesiącach od pierwszorazowego zastosowania oksybutyniny, następnie po 6 miesiącach, kolejne co 12 miesięcy – ocena w zakresie niewystarczającej klinicznie kontroli neurogennej nadreaktywności wypieracza (zgodnie z punktem 3.1.b) w kryteriach wyłączenia z programu). Wskaźniki skuteczności terapii: 1) w przypadku terapii <i>toksyną botulinową typu A</i> redukcja dziennej liczby epizodów nietrzymania moczu w porównaniu z wynikiem przed leczeniem, oceniana na podstawie prowadzonego dzienniczka mikcji, przy prawidłowej podaży płynów; 2) w przypadku terapii <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i>: a) redukcja maksymalnego ciśnienia wypieracza na koniec fazy wypełnienia (cm H₂O),
--	---	--

minimum miesiąc, definiowane jako wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych objawów: – kliniczne objawy nadreaktywności wypieracza lub skurcze wypieracza w fazie wypełniania o amplitudzie powyżej 10 cm H₂O, lub – pogorszenie się czynności nerek, definiowane jako klinicznie istotny wzrost stężenia kreatyniny, lub – pojawienie się klinicznie istotnego zastoju w górnych drogach moczowych, lub – zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub b) nietolerancji doustnego leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa doustne leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc) powodującej znaczne zaburzenia funkcji narządów lub układów zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych należących do doustnych leków antycholinergiczných; 4) kontrolowanie opróżniania pęcherza za pomocą czystego okresowego cewnikowania (CIC) prowadzonego przez pacjenta lub opiekuna; 5) negatywny wywiad w kierunku: a) ciężkich zaburzeń żołądka i jelit (np. ciężkiej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i toksycznego rozłęcia okrężnicy), b) <i>miastenia gravis</i>, c) jaskry z wąskim kątem przesączania lub jej ryzyka,		b) zwiększenie maksymalnej pojemności pęcherza moczowego. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	--

d) niedrożności dróg moczowych z możliwością wystąpienia zatrzymania moczu, e) częstego oddawania moczu w nocy spowodowanego chorobą serca lub nerek; 6) wykluczenie stosowania tlenoterapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie: Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku leczenia <i>toksyną botulinową typu A i</i>: 1) niepowodzenia terapii (pierwszego podania) <i>toksyny botulinowej typu A</i>, podanie tego leku można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach <i>toksyny botulinowej typu A</i>, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego; 2) powodzenia terapii, podania <i>toksyny botulinowej typu A</i> można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako:		
--	--	--

a) w przypadku terapii <i>toksyną botulinową typu A</i> – nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o $\geq 50\%$ w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od każdego podania <i>toksyny botulinowej typu A</i>), b) w przypadku terapii <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i> – niewystarczająca klinicznie kontrola neurogennej nadreaktywności wypieracza (po uzyskaniu maksymalnej dawki leku), z objawami klinicznymi lub skurczami wypieracza w fazie wypełniania o amplitudzie powyżej 10 cm H₂O oceniane w badaniu urodynamicznym i/lub maksymalne ciśnienie wypieracza ≥ 40 cm H₂O przy objętości pęcherza należytą do wieku obliczanej według wzoru $(\text{wiek}+1) \times 30$ ml – ocena po 3 miesiącach od pierwszorazowego zastosowania oksybutyniny, następne po 6 miesiącach, kolejne co 12 miesięcy; 2) ukończenie 18 lat – w przypadku terapii <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i>; 3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonywania czystego przerywanego cewnikowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) okres ciąży lub karmienia piersią;		
---	--	--

8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność (w tym nieprowadzenie dzienniczka mikcji, w przypadku gdy jest wymagane) i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
---	--	--

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 żyłnej. 3) Badania obrazowe: a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań; a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań

swoistej w nadciśnieniu płucnym) lub b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym. Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włączenie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH. 3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥ 25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm⁻⁵ (lub 3 jednostki Wooda), 4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO, 5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia i przeciwwskazania do włączania do programu Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil), 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),		do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań. 2. Monitorowanie leczenia W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki. Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.
--	--	--

3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, 4) ciąża, 5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiegokolwiek postaci, 6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia, 7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.		Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP. Do monitorowania leczenia można wykorzystać również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych. 2) Badania inwazyjne: Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się: – na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne, – dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,
--	--	--

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

Załącznik B.75.

LECZENIE PACJENTÓW Z UKŁADOWYMI ZAPALENIAMI NACZYŃ (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE PACJENTÓW Z ZIARNINIAKOWATOŚCIĄ Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWYM ZAPALENIEM NACZYŃ (MPA) (ICD-10: M31.3, M31.7, M31.8)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach części I programu lekowego finansuje się leczenie: 1) <i>rytuksymabem</i> pacjentów z ziarniniakowatością z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowym zapaleniem naczyń (MPA). 1. 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:	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.	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 kreatyniny w surowicy krwi; 10) oznaczenie wskaźnika eGFR;

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) 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); 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		11) badanie ogólne moczu; 12) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 13) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 14) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total; 15) oznaczenie antygenu HBs; 16) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 17) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 18) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 19) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA); 20) elektrokardiografia (EKG); 21) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 22) 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 1-13. 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
---	--	---

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni rytuksymabem 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 bez wstępnej kwalifikacji po uprzednim zgłoszeniu w SMPT. Do leczenia rytuksymabem można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS/WG i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. 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:		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 obojętnochnych (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 terapii rytuksymabem 1) badanie ogólne moczu; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowa (AST); 5) oznaczenie wskaźnika eGFR; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
---	--	--

1) w leczeniu indukcyjnym – uzyskanie co najmniej <u>niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i niewymagających innej modyfikacji leczenia</u> stwierdzony podczas wizyty monitorującej skuteczność leku po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego; 2) w leczeniu podtrzymującym – utrzymanie niskiej aktywności choroby, zgodnie z definicją w pkt. 1) powyżej, stwierdzanej podczas wizyt monitorujących skuteczność leku co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem. Pacjent, u którego w trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem dochodzi do utraty niskiej aktywności choroby, zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego, może otrzymać kolejny cykl leczenia indukcyjnego rytuksymabem – po odnotowaniu w SMPT. 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. <i>Kryteria ocenyskuteczności leczenia</i>; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;		7) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu; 8) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 9) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 10) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 11) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochołnych (c-ANCA i/lub p-ANCA); 12) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 14) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA) (do decyzji lekarza); 15) elektrokardiografia (EKG); 16) badanie RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza). Badania wykonuje się po 3 miesiącach (+/- 1 miesiąc) dniach od rozpoczęcia terapii indukcyjnej (wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego). Po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia terapii indukcyjnej, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-16, z możliwością wyłączenia pkt 8, 14, 16). Następnie badania wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia podtrzymującego o (obligatoryjne badanie pkt 7, pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego).
---	--	--

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.		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 wskaźnika skuteczności leczenia zawartego w punkcie 3. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia</i>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
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).	Dawkowanie tocilizumabu w postaci dożylniej w leczeniu GCA: Tocilizumab w postaci dożylniej należy podawać we wlewie dożylnym co 4 tygodnie w dawce 8 mg/kg	1. Badania przy kwalifikacji do programu

Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach części II programu lekowego finansuje się leczenie: 1) <i>tocilizumabem</i> pacjentów z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic (GCA). 1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie GCA ustalone na podstawie aktualnie obowiązujących kryteriów; 2) brak remisji lub utrata remisji uzyskanej po zastosowaniu standardowej terapii, w tym z użyciem glikokortykosteroidów lub występowanie istotnych działań niepożądanych bądź przeciwwskazań do stosowania standardowej terapii w zalecanych dawkach; 3) aktywna postać choroby definiowana jako występowanie co najmniej jednego z poniższych: a) klinicznych objawów GCA z lub bez podwyższonych wartości parametrów zapalnych: OB $\geq$ 30mm/h i/lub CRP $\geq$ 1 mg/dl (10 mg/l), - lub b) cechy aktywnego zapalenia tętnic w badaniu obrazowym (PET, MRI, TK, USG). 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;	masy ciała. Ewentualne zmniejszenie dawki lub wydłużenie odstępu między podaniami leku prowadzone zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.	1) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC); 2) oznaczenie płytek krwi (PLT); 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
---	---	--

7) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 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:		czasu jaki minął od podania ostatniej dawki leku, przy czym wymaga się przeprowadzenia badań pkt 1-10. 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;
---	--	---

ustąpienie lub istotne zmniejszenie objawów klinicznych GCA i obniżenie wyjściowo podwyższonych parametrów zapalnych (OB, CRP) stwierdzone po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) terapii. 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. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia</i>; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 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. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia</i>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
III. LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ EOZYNOFIŁOWEJ ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (EGPA) (ICD-10: M30.1)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach części III programu lekowego finansuje się leczenie: 1) <i>mepolizumabem</i> 2) <i>benralizumabem</i> pacjentów z eozynofilową ziarniniakowością z zapaleniem naczyń (EGPA). 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek: 1.1) 6 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii <i>mepolizumabem</i>, 1.2) 18 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii <i>benralizumabem</i>;	1. Dawkowanie 1.1) <i>mepolizumab</i> Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka <i>mepolizumabu</i> u dorosłych to 300 mg podawane podskórnym raz na 4 tygodnie. Dostosowanie dawki u dzieci i młodzieży - zgodnie z aktualną ChPL. 1.2) <i>benralizumab</i> Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka <i>benralizumabu</i> 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.	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 eozynofiliów; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazanie); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy krwi; 8) badanie kału na pasożyty; 9) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM, IgA, IgE; 10) elektrokardiografia (EKG); 11) ECHO serca (do decyzji lekarza);

2) udokumentowane rozpoznanie eozynofilowej ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (EGPA) zgodnie z aktualnymi wytycznymi opartymi na dowodach naukowych, w tym kryteriami klasyfikacyjnymi wg ACR/EULAR; 3) aktywna postać EGPA (BVAS $\geq$ 2) pomimo leczenia zgodnego z zaleceniami ACR/EULAR; 3.1) <i>postać nawracająco-ustępująca</i> definiowana jako co najmniej jeden nawrót aktywnej choroby (BVAS $\geq$ 2) w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu, pomimo stosowania skojarzonego leczenia podtrzymującego, w tym glikokortykosteroidów w dawce ≥ 7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizon oraz azatiopryny lub metotreksatu lub mykofenolanu mofetilu, lub 3.2) <i>postać oporna na leczenie</i> w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu definiowana jako: 3.2.1) brak uzyskania co najmniej niskiej aktywności choroby (BVAS $<$ 2) pomimo stosowania zalecanego przez ACR/EULAR skojarzonego leczenia indukującego remisję w pierwszej linii, w tym glikokortykosteroidów w rekomendowanych dawkach w postaci doustnej lub dożylniej oraz co najmniej jednego leku cytotoksycznego lub immunosupresyjnego lub biologicznego, jak cyklofosfamid lub azatiopryna lub metotreksat lub mykofenolan mofetilu lub rytuksymab, lub 3.2.2) nawrót aktywnej choroby (BVAS $\geq$ 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	3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. 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.	12) spirometria (do decyzji lekarza); 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 eozynofiliów; 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);
---	--	--

glikokortykosteroidów do <7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizonu. 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Lekniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni mepolizumabem albo benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. U pacjentów z zajęciem istotnych dla życia i zdrowia narządów, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w programie po nieskuteczności leczenia GKS w monoterapii. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4.		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. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia</i> tj. <i>wynik w skali BVAS oraz przyjmowana dawka prednizonu lub jego ekwiwalentu</i>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

3. Kryteria oceny skuteczności leczenia

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako:

- 1) uzyskanie niskiej aktywności choroby zdefiniowanej jako wynik w skali BVAS < 2 – po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) leczenia;

lub

- 2) spadek wartości BVAS o co najmniej 50% przy jednoczesnej redukcji dawki GKS o co najmniej 50% – po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) leczenia;

oraz

- 3) utrzymywanie się adekwatnej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (+/- 1 miesiąc) w trakcie aktywnego leczenia w programie (obligatoryjnie, niezależnie które kryterium spełniono po 6 miesiącach terapii).

4. Kryteria wyłączenia

- 1) uzyskanie trwałej remisji choroby (BVAS = 0) lub trwałej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2), które w opinii lekarza prowadzącego umożliwiają wstrzymanie podawania leku w ramach programu;
- 2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia*;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;
- 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;
- 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;

- 7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, m.in. dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

5. Kryteria ponownego włączenia

- 1) u pacjentów, u których leczenie wstrzymano z powodu uzyskania trwałej remisji choroby (BVAS = 0), w przypadku wzrostu aktywności mierzonej wartością BVAS ≥ 1 , pacjent może ponownie rozpocząć leczenie bez wstępnej kwalifikacji;
- 2) u pacjentów, u których leczenie wstrzymano z powodu uzyskania trwałej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2), w przypadku wzrostu aktywności mierzonej wartością BVAS ≥ 2 , pacjent może ponownie rozpocząć leczenie bez wstępnej kwalifikacji.

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozydemii typu 1 (HT-1). 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu; 3) brak skuteczności leczenia; 4) przeszczepienie wątroby;	1. Dawkowanie nityzynonu Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu; 2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny 4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 5) morfologia krwi, z płytkami krwi; 6) ALAT, AspAT; 7) bilirubina całkowita i frakcje; 8) fosfataza alkaliczna; 9) GGTP; 10) INR; 11) czas protrombinowy; 12) APPT; 13) białko całkowite, albuminy we krwi; 14) gazometria; 15) sód, potas, chlorki we krwi; 16) wapń, fosfor we krwi i moczu; 17) mocznik, kreatynina we krwi; 18) kwas moczowy we krwi i moczu; 19) kreatynina w moczu; 20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;

5) inne przeciwwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) konsultacja dietetyczna. 2. Monitorowanie leczenia Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozydemii 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, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>: 1) pacjentom z nieleczonym uprzednio chłoniakiem Hodgkina w 1. linii leczenia: a) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z doksorubicyną, winblastyną i dakarbazyną (BrAVD)</i>, albo b) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z etopozydem, cyklofosfamidem, doksorubicyną, dakarbazyną i deksametazonem (BrECADD)</i>; 2) pacjentom z opornym lub nawrotowym chłoniakiem Hodgkina: a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i>, b) <i>niwolumab w monoterapii</i>. 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;	1. Dawkowanie leków 1.1. Dawkowanie w 1. linii leczenia 1.1.1. BrAVD Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <i>Brentuksymab vedotin</i>: zalecana dawka wynosi 1,2 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. <i>Doksorubicyna</i>: zalecana dawka wynosi 25 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. <i>Winblastyna</i>: zalecana dawka wynosi 6 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. <i>Dakarbazyna</i>: zalecana dawka wynosi 375 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia rozpoznania chłoniaka Hodgkina wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym obecność antygenu CD30 – w przypadku kwalifikacji do 1. linii leczenia; 2) badanie obrazowe: tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) lub ewentualnie tomografia komputerowa (TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej; 3) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym – w przypadku terapii <i>brentuksymabem vedotin</i> – w nawrotowym chłoniaku Hodgkina, a w przypadku oporności choroby wystarczające jest badanie immunohistochemiczne i udokumentowanie obecności antygenu CD30 we wcześniejszym badaniu histopatologicznym; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) test ciąży (u kobiet w wieku rozrodczym);

2) potwierdzony histologicznie klasyczny chłoniak Hodgkina; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia 1.2.1. BrAVD 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina; 3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w III lub IV stadium zaawansowania. 1.2.2. BrECADD 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina; 3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w stadium IIB zaawansowania choroby z czynnikami ryzyka, tj. masa <i>bulky</i> (≥ 10 cm lub $\geq 1/3$ maksymalnego wymiaru poprzecznego klatki piersiowej) lub	Profilaktyka ze wspomaganiami czynnikami wzrostu (G-CSF) jest zalecana od podania pierwszej dawki zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.1.2. BrECADD Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). <i>Brentuksymab vedotin</i>: zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 30 minut, w dniu 1. każdego cyklu 1-6. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. <i>Etopozyd</i>: zalecana dawka wynosi 150 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 60 minut w 2., 3 i 4 dniu każdego cyklu 1-6. <i>Cyklofosfamid</i>: zalecana dawka wynosi 1250 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 60 minut w 2. dniu każdego cyklu 1-6. <i>Doksorubicyna</i>: zalecana dawka wynosi 40 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 30 minut w 2. dniu każdego cyklu 1-6. <i>Dakarbazyne</i>: zalecana dawka wynosi 250 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 120 minut w 3. i 4. dniu każdego cyklu 1- 6.	9) oznaczenie stężenia glukozy we krwi – w przypadku terapii z zastosowaniem <i>brentuksymabu vedotin</i>; 10) oznaczenie stężenia TSH – w przypadku terapii <i>niwolumabem</i> w monoterapii. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. BrAVD lub BrECADD lub brentuksymab vedotin w monoterapii Badania wykonywane przed każdym podaniem <i>brentuksymabu vedotin</i>: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. 2.2. niwolumab w monoterapii Badania wykonywane co 6-12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia TSH; 6) oznaczenie stężenia 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 <i>brentuksymabem vedotin</i> w ramach programu kwalifikują się pacjenci spełniający poniższe kryterium 1) albo 2): 1) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie: a) po przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) lub b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia, w przypadku, gdy auto-HSCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia, albo 2) po auto-HSCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby, definiowanym jako obecność co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka: a) oporność na pierwszą linię leczenia; b) nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia; c) zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed auto-HSCT (pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30. a 45. dniem po auto-HSCT). 1.3.2. niwolumab w monoterapii 1) wiek 12 lat i powyżej;	<i>Deksametazon</i>: zalecana dawka wynosi 40 mg podawana doustnie w 2., 3, 4 i 5. dniu każdego cyklu 1-6. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. 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 <i>BrECADD</i>, zgodnie z ChPL należy obowiązkowo de-eskalować leki w kolejnych cyklach do: poziomu 3 (etopozyd 125 mg/m² i cyklofosfamid 1100 mg/m²), poziomu 2 (etopozyd 100 mg/m² i cyklofosfamid 950 mg/m²), poziomu 1 (etopozyd 100 mg/m² i cyklofosfamid 800 mg/m²) lub poziomu wyjściowego (najniższa dawka, tj. etopozyd 100 mg/m², doksorubicyna 35 mg/m² i cyklofosfamid 650 mg/m²). Jeśli chory po 2 cyklach <i>BrECADD</i> uzyskuje negatywny wynik badania PET-TK, można zastosować łącznie tylko 4 cykle <i>BrECADD</i>.	3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) PET/TK (zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu) lub TK. Badanie wykonuje się: a) w przypadku terapii <i>BrAVD</i> – po 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; b) w przypadku terapii <i>BrECADD</i> – po 2. i 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; c) w przypadku terapii <i>brentuksymab w monoterapii</i> – po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; d) w przypadku terapii <i>niwolumabem w monoterapii</i> – po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie badania obrazowe należy następnie wykonywać co pół roku. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
--	--	--

2) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie po wcześniejszym przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) oraz po leczeniu <i>brentuksymabem vedotin</i> albo nawrót lub oporność po wcześniejszym leczeniu <i>brentuksymabem vedotin</i>, gdy auto-HSCT nie stanowiło opcji leczenia; 3) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. 1.4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) <i>BrAVD</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli; 2) <i>BrECADD</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli; 3) <i>brentuksymabem vedotin</i> w <i>monoterapii</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 16 cykli podanych w ciągu około roku. U chorych kwalifikowanych do programu według kryterium 1.3.1.1.b) i odpowiadających na leczenie <i>brentuksymabem vedotin</i>, wykonanie auto-HSCT nie wyklucza kontynuacji leczenia <i>brentuksymabem vedotin</i> do sumarycznej liczby 16 cykli.	1.2. Dawkowanie w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina 1.2.1. <i>brentuksymab vedotin</i> w monoterapii Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). <u>Dorośli:</u> Zalecana dawka <i>brentuksymabu vedotin</i> u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. <u>Dzieci:</u> Zalecana dawka <i>brentuksymabu vedotin</i> u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg mc. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku). 1.2.2. <i>niwolumab</i> w monoterapii <u>Dorośli:</u> Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 240 mg podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie.	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 <i>brentuksymabu vedotin</i> 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 Toxicity Criteria), pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 7) okres ciąży lub karmienie piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	<u>Dzieci w wieku 12-18 lat:</u> Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> wynosi 3mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie). Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Czasowe zawieszenie leczenia <i>niwolumabem</i> jest możliwe zgodnie z opisem w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego, w tym podawanie <i>niwolumabu</i> można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.	lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	---	---

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, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>: 1) w 1. linii leczenia: a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanym statusem <i>IgHV</i>: – <i>ibrutinib</i> w monoterapii; b) pacjentom bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>): – <i>akalabrutynib</i> w monoterapii - albo – <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> - albo – <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>obinutuzumabem</i> - albo – <i>zanubrutynib</i> w monoterapii - albo – <i>ibrutinib</i> w skojarzeniu z <i>wenetoklaksem</i>; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia:	1. Dawkowanie: 1.1. <i>ibrutinib</i> w monoterapii Zalecana dawka <i>ibrutinibu</i> wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę. 1.2. <i>akalabrutynib</i> w monoterapii Zalecana dawka <i>akalabrutynibu</i> wynosi 100 mg podawana dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg). Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin. 1.3. <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> <u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: zalecana dawka to 1000 mg, w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania,	1. Badania przy kwalifikacji 1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej: a) badanie na obecność antygenu CD20 (szczególnie przy stosowaniu terapii z przeciwciałami anty-CD20), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) badanie na obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub statusu mutacji w genach <i>IgHV</i>, zgodnie z kryteriami włączenia do poszczególnych schematów leczenia, d) ocena wydolności nerek i wątroby: – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, – oznaczenie wskaźnika eGFR, – oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), – oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), – oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>): – <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i>, – <i>ibrutynib</i> w monoterapii, – <i>akalabrutynib</i> w monoterapii, – <i>wenetoklaks</i> w monoterapii, – <i>zanubrutynib</i> w monoterapii; b) pacjentom bez delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>): – <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i>, – <i>ibrutynib</i> w monoterapii, – <i>akalabrutynib</i> w monoterapii, – <i>zanubrutynib</i> w monoterapii. 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) rozpoznanie przewlekłej białaczki limfocytowej; 4) obecność wskazań do leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL)); 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lekczniczego; 6) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia. <u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu. <u>Chlorambucyl w cyklach 1-6:</u> zalecana dawka wynosi 0,5 mg/kg mc. w dniach 1. i 15. każdego cyklu. 1.4. <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>obinutuzumabem</i> <u>Wenetoklaks:</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: <u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.	e) dodatkowo w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i> – oznaczenie czasu protrombinowego (PT), f) dodatkowo w przypadku terapii z zastosowaniem <i>wenetoklaksu</i> w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 albo <i>ibrutynibem</i>: – oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, – oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, – oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, g) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta, h) ocena masy guza z zastosowaniem badań obrazowych (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo w przypadkach uzasadnionych klinicznie TK lub MRI – wybór rodzaju badań do decyzji lekarza), i) dodatkowo w przypadku leczenia <i>obinutuzumabem</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> (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 2.1. <i>ibrutynib</i> w monoterapii lub <i>akalabrutynib</i> w monoterapii lub <i>zanubrutynib</i> w monoterapii
--	---	--

7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.	<u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. <i>Wenetoklaks</i> podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12. Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).	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.
1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia		Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.
1.2.1. <i>ibrutinib</i> w monoterapii		
1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanego statusu <i>IgHV</i>.	Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS, może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia 1. dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.	2.2. <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i>
1.2.2. <i>akalabrutynib</i> w monoterapii		
1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej.	<u><i>Obinutuzumab</i> w cyklu 1.</u>: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.	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.
1.2.3. <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i>		
1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+; 2) wyniki parametrów: a) CrCl (klirens kreatyniny): > 30ml/min oraz < 70 ml/min lub	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	2.3. <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>obinutuzumabem</i> 1) badania wykonywane w trakcie leczenia <i>obinutuzumabem</i> i <i>wenetoklaksem</i> (cykle 1-6) – przed każdym podaniem <i>obinutuzumabu</i>: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,

b) 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. 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	(bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia. <u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu. 1.5. zanubrutynib w monoterapii <i>UWAGA: W 1. linii leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową w populacji FIT zanubrutynib finansowany jest jedynie w postaci kapsulek twardych.</i> 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 <u>Ibrutynib (cykle 1-15):</u> Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę. <u>Wenetoklaks (cykle 4-15):</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu 1 raz na dobę przez	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; 4) badania wykonywane przed rozpoczęciem cyklu 9 i 12: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,
--	--	---

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 <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>).	7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: <u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.	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.
1.3.2. ibrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją <i>TP53</i> oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji <i>TP53</i> 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 <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>).	<u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.	Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.
1.3.3. akalabrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją <i>TP53</i> oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji <i>TP53</i> 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 <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>).	<i>Wenetoklaks</i> podaje się pierwszy raz w 1. dniu czwartego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Następnie dawkę 400 mg podaje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 15. Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).	2.4. ibrutynib w skojarzeniu z <i>wenetoklaksem</i> 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);
1.3.4. <i>wenetoklaks</i> w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją <i>TP53</i>, u których nie powiodło się leczenie inhibitorem BTK 1) niepowodzenie po leczeniu inhibitorem BTK; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>).	Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po	3) badania wykonywane przed pierwszym podaniem <i>wenetoklaksu</i> oraz co tydzień 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,

1.3.5. zanubrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53 1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53). 1.4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z chlorambucylem</i> – leczenie trwa maksymalnie do 6 cykli; 2) <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem</i> – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 12 cykli po 28 dni, przy czym przez 6 pierwszych cykli <i>wenetoklaks</i> podawany jest wraz z <i>obinutuzumabem</i>, natomiast przez kolejne 6 cykli (od 7 do 12 cyklu) <i>wenetoklaks</i> podawany jest w monoterapii; 3) <i>ibrutinibem w skojarzeniu z wenetoklaksem</i> – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 15 cykli po 28 dni, przy czym przez 3	powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. 1.7. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem <u>Wenetoklaks</u>: Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: <u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po	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 <i>ibrutinibu</i> 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 <i>wenetoklaksu</i> 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 <i>wenetoklaksu</i> co 1 miesiąc – morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) badania wykonywane po okresie dostosowywania dawki <i>wenetoklaksu</i> co 3 miesiące: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,
---	--	---

pierwsze cykle <i>ibrutynib</i> podawany jest w monoterapii, natomiast przez kolejne 12 cykli (od 4 do 15 cyklu) <i>ibrutynib</i> podawany jest wraz z <i>wenetoklaksem</i>; 4) <i>wenetoklaksem</i> w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i> – leczenie trwa maksymalnie do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg <i>wenetoklaksu</i> i podania <i>rytuksymabu</i> w 1. dniu 1. cyklu, przy czym <i>rytuksymab</i> stosowany jest przez 6 cykli. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) – w przypadku terapii <i>wenetoklaksem</i> w połączeniu z przeciwciałem anty-CD20; 5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii – w przypadku terapii z zastosowaniem <i>wenetoklaksu</i> w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 albo <i>ibrutynibem</i>; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;	powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. Leczenie <i>wenetoklaksem</i> w dawce 400 mg powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia <i>rytuksymabem</i> i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania <i>rytuksymabu</i> w 1. dniu 1. cyklu. <u>Rytuksymab</u>: Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia <i>rytuksymabem</i> następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki <i>wenetoklaksu</i> (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa <i>rytuksymabu</i> w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m² powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m² powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli. 1.8. wenetoklaks w monoterapii Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: <u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.	c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, f) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), h) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia powinny być przeprowadzane co 3 miesiące, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą (w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i>): 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) badania obrazowe: USG jamy brzusznej lub TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy (potrzeba wykonania badań obrazowych i ich rodzaj - do decyzji lekarza w zależności od sytuacji klinicznej); 3) biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku przy potwierdzeniu całkowitej remisji lub w przypadku cytopenii o nieokreślonej przyczynie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.
--	---	---

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. W przypadku wystąpienia nietolerancji lub przeciwwskazań do kontynuacji danego kowalencyjnego inhibitora BTK, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie leczenia na inny kowalencyjny inhibitor BTK w ramach programu lekowego pod warunkiem, że nie stwierdza się oporności lub cech progresji choroby, a pacjent spełniał pierwotnie kryteria kwalifikacji do leczenia nowym kowalencyjnym inhibitorem BTK. W takiej sytuacji zmiana kowalencyjnego inhibitora BTK na inny kowalencyjny inhibitor BTK nie stanowi zmiany linii leczenia.	<u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	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 limfocytosą (PR-L) – w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i>, d) choroba stabilna (SD), e) brak odpowiedzi (NR), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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) <i>ruksolitynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej), b) <i>fedratynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni <i>ruksolitynibem</i>), c) <i>mometynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni <i>ruksolitynibem</i> lub <i>fedratynibem</i>), 2) chorym na czerwienicę prawdziwą (PV): a) <i>ruksolitynibem</i> (chorzy z opornością lub nietolerancją na leczenie <i>hydroksymocznikiem</i>), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji	1. Dawkowanie leku 1.1. ruksolitynib 1.1.1. w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF Zalecana dawka początkowa <i>ruksolitynibu</i> jest ustalana na podstawie liczby płytek krwi zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, w zakresie od 5 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 10 mg) do 20 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 40 mg). Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę. Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych.	1. Badania przy kwalifikacji 1) trepanobiopsja szpiku: a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – 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 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 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 umożliwiające 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 <i>ruksolitynibu</i> wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg). Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę. Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych. 1.2. fedratynib w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF Zalecana dawka <i>fedratynibu</i> wynosi 400 mg doustnie podawana 1 raz na dobę. 1.3. momelotynib w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post ET MF Zalecana dawka <i>momelotynibu</i> 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 ($>37,5^{\circ}\text{C}$) (≥ 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 <i>fedratynibem</i>: a) oznaczenie stężenia amylazy, b) oznaczenie stężenia lipazy, c) oznaczenie stężenia tiaminy. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. ruksolitynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF oraz u chorych na PV 1) badania wykonywane co 2-4 tygodnie, aż do czasu ustabilizowania dawki <i>ruksolitynibu</i>, (a w przypadku pacjentów z niewydolnością wątroby badania wykonuje się co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby), po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia:
---	---	---

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 <i>mometynibem</i>) 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 nieznannej 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) <i>ruksolitynibem</i> – brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej, b) <i>fedratynibem</i> - brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem <i>ruksolitynibu</i>, c) <i>mometynibem</i>: i. brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem <i>ruksolitynibu</i> lub <i>fedratynibu</i>, 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 <i>hydroksymocznikiem</i> według aktualnych kryteriów European LeukemiaNet u chorych z grupy wysokiego ryzyka. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia		2.3. momelotynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF 1) badania wykonywane co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, Dopuszczalne jest także częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 3.1. w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF 1) badania wykonywane po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziona, b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: – poty nocne (≥ 4 pkt), – utrata masy ciała ($> 10\%$ w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥ 4 pkt), – gorączka o nieznannej etiologii ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) (≥ 4 pkt), – bóle kostne (≥ 4 pkt), – świąd (≥ 4 pkt),
---	--	--

leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby według aktualnych rekomendacji, w tym transformacja do mielofibrozy (w przypadku PV), zespołów mielodysplastycznych lub ostrej białaczki, niezależnie od czasu jej wystąpienia; 2) brak lub utrata odpowiedzi na leczenie rozumiane jako: a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF: – brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziona – po 3 miesiącach leczenia (dotyczy jedynie pacjentów nieleczonych wcześniej inhibitorami kinazy janusowej, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego), lub – brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej śledziona, o co najmniej 25% długości jej wyjściowego powiększenia obserwowanego w momencie kwalifikacji – po 6 miesiącach leczenia (dotyczy pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego), lub		– zmęczenie (≥ 4 pkt); 2) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziona (dotyczy tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona). 3.2. w przypadku PV 1) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziona (dotyczy tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona). Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
---	--	--

– pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po: i. 3 miesiącach leczenia lub ii. 6 miesiącach leczenia lub iii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia, b) w przypadku chorych na PV – brak korzyści klinicznej po co najmniej 6 miesiącach leczenia (np. trwałej stabilizacji hematokrytu < 45% i konieczności wykonywania krwiopustów lub trwałej normalizacji liczby krwinek białych <10 G/l lub płytek krwi $\leq$ 400 G/l lub ustąpienie objawów związanych z PV lub zmniejszenie albo normalizacja wymiarów śledziony i wątroby (jeśli wyjściowo były powiększone); 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		a) w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF: – całkowita remisja (CR), – częściowa remisja (PR), – poprawa kliniczna (CI), – stabilizacja choroby (SD), – odpowiedź w zakresie niedokrwistości, – odpowiedź 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) <i>certolizumabem pegol</i>, 2) <i>etanerceptem</i>, 3) <i>iksekizumabem</i>, 4) <i>sekukinumabem</i>, 5) <i>upadacytynibem</i>, 6) <i>bimekizumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający następujące kryteria: 1) pacjenci z przewlekłym bólem krzyża trwającym > 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45. r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem	1. Dawkowanie 1) certolizumab pegol a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 400 mg (podana jako 2 podskórne wstrzyknięcia po 200 mg każde) w tygodniach 0., 2. i 4; b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 200 mg co 2 tygodnie lub 400 mg co 4 tygodnie. 2) etanercept a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 25 mg dwa razy w tygodniu lub 50 mg raz w tygodniu. 3) iksekizumab a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 160 mg (dwa wstrzyknięcia po 80 mg) we wstrzyknięciach podskórnych w tygodniu 0,	1. Badania przy kwalifikacji 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);

stawów obwodowych lub przyczepów ścięgniętych z rozpoznaniem spondyloartropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS oraz z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie: a) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce, b) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby: – sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej, – metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej, przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów, c) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów; lub 2) pacjenci z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie chorych z spondyloartropatią (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD – 10 M46.8)”, u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma	b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 80 mg co 4 tygodnie. 4) sekukinumab a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg we wstrzyknięciu podskórnym w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4.; b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg co miesiąc. 5) upadacynyb a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 15 mg raz na dobę. 6) bimekizumab a) zalecana i jednocześnie maksymalna dawka dla dorosłych wynosi 160 mg (podawana jako jedno podskórne wstrzyknięcie) co cztery tygodnie. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć stosowanie certolizumabu pegol	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 upadacynybem; 16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 17) EKG z opisem; 18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych; 19) MR stawów krzyżowo-biodrowych. 2. Monitorowanie leczenia Po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacynybem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;
--	---	--

inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego; 3) aktywną postać choroby w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria: a) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS $\geq 2,1$ w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, b) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się: – obraz kliniczny choroby, – czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, – wyniki badania wskaźników ostrej fazy, – wyniki badań obrazowych, – status aktywności zawodowej, – występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, – współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia, oraz ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS; 4) aktywną postać choroby w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:	lub etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu lub upadacytynibu lub bimekizumabu, łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywaniu się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowaniem leczenia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	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 morfologię 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 rozciągnięć 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 rozciągnięć podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz c) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz d) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz e) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów 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 upadacytnibem; 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 ścięgniastych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia; 5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Adekwatna odpowiedź na leczenie		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 $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$; 2) w przypadku postaci obwodowej: a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza. 3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub		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 - rozpoznanie gruczolaka trzustki, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie: - u chorych w stadium rozsiewu poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny - 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); - obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji dziedzicznej w genach BRCA1/BRCA2 potwierdzone w badaniu NGS (<i>Next Generation Sequencing</i>) - jeśli badanie u pacjenta zostało wykonane wcześniej, możliwe jest wykorzystanie badania wykonanego inną metodą niż NGS; - 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 związku platyny.	1. Badania przy kwalifikacji - 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; - badanie RTG klatki piersiowej, jeśli TK/MRI (pkt.1) nie obejmowało tej okolicy ciała; - morfologia krwi z rozmazem; - oznaczenie w surowicy stężenia: - kreatyniny, - bilirubiny; - oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); - inne badania w razie wskazań klinicznych. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa - morfologia krwi z rozmazem; - oznaczenie stężenia w surowicy: - kreatyniny, - 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 przeciwwskazań do terapii zgodnie z zapisami aktualnej ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, za wyjątkiem badań klinicznych, których leczenie było prowadzone w ramach innych sposobów finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów wyłączenia. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego i dopuszczalne jest na okres maksymalnie 28 dni. 3. Kryteria wyłączenia Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia, co najmniej jednego z poniższych kryteriów:		3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 4) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co miesiąc. 3. Monitorowanie skuteczności 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) RTG klatki piersiowej, jeśli nie była wykonana TK/ RMI (zgodnie z pkt. 1); 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się: a) przed upływem 4 miesięcy terapii od dnia jej rozpoczęcia u wszystkich zakwalifikowanych do programu lub wcześniej w przypadku wskazań klinicznych, b) następnie w zależności od wskazań klinicznych, nie rzadziej niż co 3 miesiące; z możliwością dwutygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadku uzasadnionych przesunień 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 Ultrazadkowych - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o analizę dokumentacji nadesłanej przez świadczeniodawcę. 1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie Wrodzone zespoły autozapalne: a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: – noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skóro-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome), – zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome), – zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome);	1. Dawkowanie Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1.1. Badania obowiązkowe a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna, b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) albuminy, proteinogram, g) ocena ciśnienia tętniczego, h) badanie ogólne moczu, i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV, j) RTG klatki piersiowej, k) USG jamy brzusznej. 1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,

b) inne wrodzone zespoły autozapalne: – TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1, – FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny; c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1: – zespół Schnitzler; d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego Sekcja Chorób Autozapalnych i Wrodzonego Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Zakończenie leczenia w programie Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d: a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę; b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia; c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych - Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego;		b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN), c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka), d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca, e) konsultacja stomatologiczna, f) DZM na białko. 2. Monitorowanie leczenia Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy (lub w pierwszych 3 miesiącach w przypadku wątpliwości co do skuteczności terapii) od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie SMPT karty monitorowania terapii. 2.1. Badania obowiązkowe Badania kontrolne w monitorowaniu leczenia wymienione w punktach a-g należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych: a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,
---	--	--

d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.		e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu, g) ocena ciśnienia tętniczego. 2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultraradkowych – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego Badania kontrolne wymienione poniżej należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzanych u pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia: a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu, b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN), c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie
---	--	--

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

Załącznik B.87.

LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu</i>		
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria: 1) Wiek powyżej 18. roku życia; 2) Rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc; 3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; 4) FVC powyżej 50% wartości należnej; 5) DLco powyżej 30%; 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie w programie prowadzone jest do czasu spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.	1. Dawkowanie Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1) Spirometria; 2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco); 3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości); 4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ; 5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; 6) Aktywność ALAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy; 7) Klirens kreatyniny endogennej; 8) Morfologia krwi. 2. Monitorowanie leczenia 1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; a) Spirometria; b) DLco c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;

3. Kryteria wyłączenia 1) Progresa choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie; 4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy; 5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby; 6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii; 7) Ciąża i karmienie piersią; 8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca. 9) Brak zgody na leczenie		2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy; 3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy; leczenia, a następnie co 3 miesiące; 4) Morfologia krwi co 6 miesięcy. 3. Monitorowanie programu 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu		
1. Kryteria kwalifikacji a) wiek ≥ 18 lat; b) rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc;	1. Dawkowanie Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy; 2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;

c) w przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; d) FVC $\geq$ 50% wartości należnej; e) pojemność dyfuzyjna płuc DL_{CO} powyżej 30%; f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.: - nadwrażliwość na lek, - cięża, - karmienie piersią, - inne przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia z programu - 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. - nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze; - cięża lub karmienie piersią; - przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; - wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów		- badanie spirometryczne; - badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} - morfologia krwi; - oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego; 12-odprowadzeniowe EKG. 2. Monitorowanie leczenia - badanie spirometryczne co 6 m-cy; - gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy; - badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} co 6 m-cy; - morfologia krwi co 6 miesięcy, - badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie; 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy. 3. Monitorowanie programu - gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; - 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 przeciwwskazania do radioterapii. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. 1. Wismodegib Zalecana dawka wismodegibu wynosi 150 mg, przyjmowana raz na dobę. 2. Cemiplimab Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.	1. Badania przy kwalifikacji 1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami; 2) potwierdzenie patomorfologiczne progresji tylko w przypadku, gdy dotyczy ona pojawienia się innych – niż stwierdzone wcześniej – ognisk nowotworu - dotyczy terapii cemiplimabem; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 9) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 10) oznaczenie TSH, FT4 – dotyczy terapii cemiplimabem; 11) test na HIV, HCV, HBV – dotyczy terapii cemiplimabem; 12) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);

1) leczenie pacjentów z zastosowaniem immunoterapii (cemiplimab), u których stwierdzono progresję choroby lub nietolerancję w trakcie terapii inhibitorem szlaku Hedgehog. 1. Kryteria kwalifikacji 1) rak podstawnocomórkowy skóry z przerzutami odległymi lub miejscowo zaawansowany u pacjentów, u których nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako: a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym; 2) histopatologiczne potwierdzenie przerzutów odległych jako ognisk raka podstawnocomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnocomórkowego; 3) wiek ≥ 18 roku życia; 4) stan sprawności 0-2 wg ECOG; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 6) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią; 7) przestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej ChPL przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn; 8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną ChPL;		13) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 14) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych; 15) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie TSH i FT4 -dotyczy terapii cemiplimabem; 9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 10) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) pierwsze badanie do końca 6 tygodnia od rozpoczęcia leczenia, następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni – przed decyzją o kontynuowaniu leczenia – w przypadku terapii wismodegibem;
---	--	---

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO); 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;	2) przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9-12 tygodni (3 cykle) – w przypadku terapii cemiplimabem. 3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru (w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST); 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: a) nie rzadziej niż co 8 tyg. w przypadku terapii wismodegibem; b) nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) w przypadku terapii cemiplimabem oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy: progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO). W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji
--	---

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).		pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: – całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--	--

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, 4) lewodopa + karbidopa + entakapon, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria: 1) rozpoznanie choroby Parkinsona w oparciu o aktualne <i>MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease</i>; 2) czas trwania choroby ≥ 5 lat; 3) wcześniejsze leczenie: a) w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopą + karbidopą albo foslewodopą + foskarbidopą albo lewodopą + karbidopą	1. Dawkowanie Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu z zastosowaniem apomorfiny albo foslewodopy + foskarbidopy albo lewodopy + karbidopy albo lewodopy + karbidopy + entakaponu należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych.	1. Badania przy kwalifikacji 1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie <i>off</i> lub w stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami), udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni; 2) test z odstawieniem lewodopy z wykonaniem III części MDS UPDRS; 3) ocena neuropsychologiczna: a) psychometryczna ocena nastroju (metoda pierwszego wyboru: Inwentarz Depresji Becka (aktualne wydanie), w razie braku możliwości wiarygodnej samooceny stanu emocjonalnego z uwagi na nasilenie zaburzeń poznawczych – ocena na podstawie wywiadu ustrukturyzowanego przeprowadzanego przez klinicystę (lekarza prowadzącego lub psychologa) z wykorzystaniem skali Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS, b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination-III), w przypadku uzasadnionego podejrzenia otępienia w stadium umiarkowanym (wynik ACE-III < 61) pogłębiona diagnostyka; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);

+ entakapon: wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co najmniej 3 lekami lub nieskuteczność monoterapii przy udokumentowanej nietolerancji innych leków (w ocenie neurologa posiadającego doświadczenie w leczeniu zaawansowanej choroby Parkinsona), b) w przypadku kwalifikacji do leczenia apomorfina dotychczasowe stosowanie optymalnego leczenia farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona; 4) łączny czas trwania stanów <i>off</i> ≥ 2 godziny oraz czas trwania stanów <i>on</i> z obecnością uciążliwych dyskinez szczytu dawki ≥ 1 godzina, udokumentowanych w dzienniczku Hausera przez 3 kolejne dni; 5) zachowana dobra odpowiedź na lewodopę (różnica wyniku III części skali MDS UPDRS pomiędzy stanem <i>off</i> i stanem <i>on</i> wynosząca co najmniej 30%; można nie uwzględniać punktów dotyczących drżenia); 6) zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, foslewodopy+foskarbidopy albo lewodopy+karbidopy albo lewodopy+karbidopy+entakaponu zgodnie z aktualnymi ChPL.		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 albo lewodopa+ karbidopa +entakapon). 2. Monitorowanie leczenia 1) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia należy wykonać: a) morfologię krwi z rozmazem, b) AspAT, AlAT, c) badanie EKG z oceną odstępu QT (w przypadku terapii apomorfina); oraz dokonać oceny stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie <i>off</i> lub w stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami) udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania należy powtarzać po każdym kolejnych 12 miesiącach (± 1 miesiąc). 2) nie rzadziej niż raz na 4 miesiące wykonuje się wizytę neurologiczną oraz pielęgniarską, obejmującą min. ocenę stanu ruchowego pacjenta oraz korektę dotychczasowego leczenia; Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty neurologicznej oraz pielęgniarskiej w programie w formie zdalnej konsultacji o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii.
--	--	--

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie W ciągu pierwszych 6 miesięcy (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie <i>off</i> lub <i>stanie on</i> z uciążliwymi dyskinezami. 3. Kryteria wyłączenia 1) w przypadku zastosowania lewodopy+karbidopy albo lewodopy+karbidopy+entakaponu, 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 albo lewodopy+karbidopy+entakaponu, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądaną efekt kliniczny (definiowany jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie <i>off</i> lub w stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami) oraz ustala się wstępną dawkę leku; 2) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2; 3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących, pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku; 4) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG (w przypadku terapii lewodopa+karbidopa albo lewodopa+karbidopa+entakapon); 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;		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 albo lewodopa + karbidopa + entakapon); b) dermatologiczną lub alergologiczną (w przypadku terapii apomorfiną lub foslewodopa+foskarbidopa). Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: – adekwatna odpowiedź na leczenie (def: redukcja o co najmniej 30% czasu łącznie spędzanego w stanie <i>off</i> lub w stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami w ciągu pierwszych 6 miesięcy (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby
---	--	---

8) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 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 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 terapii 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) 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.		Parkinsona, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych 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.
---	--	--

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) <i>ekulizumabem</i>, 2) <i>rawulizumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Do leczenia ekulizumabem lub leczenia dorosłych, młodzieży lub dzieci o masie ciała ≥ 10 kg rawulizumabem nie leczonych wcześniej ekulizumabem, kwalifikowani są pacjenci z rozpoznanym atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym i spełniający łącznie poniższe warunki: 1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej: a) spełnienie jednego z kryteriów: – trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek $<150 \times 10^9/L$ lub $> 25\%$ spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad	1. Dawkowanie Dawkowanie ekulizumabu i rawulizumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1) ekulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta a) dawka początkowa maksymalna to podanie 900 mg, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to podanie 1200 mg w piątym tygodniu, a następnie dawka 1200 mg co 14 ± 2 dni. 2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta a) dawka nasycająca maksymalna to podanie 3000 mg, b) dawka podtrzymująca maksymalna podana 2 tygodnie po dawce nasycającej to podanie 3600 mg co 8 tygodni. Wydłużenie czasu między dawkami możliwe na podstawie uchwały Zespołu Koordynacyjnego	1. Badania przy kwalifikacji 1.1. Ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych nie leczonych wcześniej ekulizumabem 1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR oraz u dorosłych z PLASMIC Score ≤ 5 ($PS \leq 5$) można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania; 2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby; 3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) badanie ogólne moczu; 8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT); 10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;

krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna, lub – biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową, oraz b) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów: – zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku, lub – hemodializa, lub – białkomocz/ albuminuria, lub – powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żółdkowo-jelitowe lub płucne; lub 2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza; 3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepienia nerki; U ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są: 4) wyniki badań: a) aktywność ADAMTS-13 >5%, b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby;	pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia przy pomocy oznaczenia CH50.	12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 14) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych – rezonans magnetyczny z angiografią, lub – tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego, b) objawów ze strony układu pokarmowego: – amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej, c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: – troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub – cewnikowanie serca. 1.2. Rawulizumabem u chorych leczonych uprzednio ekulizumabem 1) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 2) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 3) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 4) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 5) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych – rezonans magnetyczny z angiografią,
---	---	--

5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa a) po szczepieniu pacjenci powinni być ściśle monitorowani pod kątem objawów chorobowych, gdyż szczepienie może powodować dalszą aktywację dopełniacza, b) profilaktyka antybiotykowa powinna u tych pacjentów być prowadzona przez 14 dni od zaszczepienia pacjenta; 6) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		lub – tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego; b) objawów ze strony układu pokarmowego: – amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej, c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: – troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub – cewnikowanie serca. 2. Monitorowanie leczenia Monitorowanie terapii ekulizumabem 1) w czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL); 2) począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci < 10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci < 10kg, co 6 tygodni); 3) po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni; 4) po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 3 miesiące; 5) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące;
--	--	---

1.2. do leczenia rawulizumabem kwalifikowani są pacjenci leczeni wcześniej ekulizumabem i spełniający łącznie poniższe warunki:

- 1) atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy rozpoznany u pacjenta dorosłego, młodzieży lub dziecka o masie ciała ≥ 10 kg;
- 2) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 3 poprzednie miesiące, w trakcie których nastąpiła udokumentowana odpowiedź na stosowane leczenie;
- 3) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 4) jeśli u pacjenta dokonywana jest zamiana leczenia z ekulizumabu, lekarz powinien sprawdzić aktualność szczepienia przeciwko meningokokom według krajowych wytycznych w zakresie stosowania szczepionek;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu

oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdym kolejnych 3 miesiącach (± 1 miesiąc).

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

2.2. Monitorowanie terapii rawulizumabem

- 1) pierwsze 2 tygodnie leczenia – tj. podanie dawki nasycającej i pierwsze podanie dawki podtrzymującej monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1., przed każdą infuzją;
- 2) począwszy od 10 tygodnia – tj. podania drugiej dawki leczenia podtrzymującego monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1 przed każdą infuzją (co 8 tygodni). W przypadku dzieci z masą ciała pomiędzy 10 kg a 20 kg, począwszy od 6 tygodnia, wykonanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją tj. co 4 tygodnie;
- 3) po upływie 26 tygodni od rozpoczęcia terapii monitorowanie leczenia opisane jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 24 tygodnie;
- 4) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 24 tygodnie;

świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w pierwszym roku leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po kolejnych 6 miesiącach z uzupełnieniem badań genetycznych, a w kolejnych latach co 12 miesięcy; a) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby, b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu lub rawulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych; 3) lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku u kobiet ciężarnych lub karmiących piersią, zgodnie z ChPL, jeżeli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne – lekarz prowadzący informuje Zespół Koordynacyjny o czasowym zawieszeniu oraz o ewentualnym wznowieniu leczenia; 4) chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej; 5) chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów kwalifikacji punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu lub rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.		oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach . Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania skuteczności leczenia, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie w trakcie czasowego przerwania leczenia W pierwszym roku co miesiąc oraz przy każdej infekcji, a w kolejnych latach co najmniej raz na 3 miesiące (u kobiet w ciąży oraz połogu co miesiąc): 1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia); 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny i liczby płytek krwi. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
--	--	---

3. Kryteria wyłączenia 1) brak efektu leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem poprzez utrzymywanie się objawów klinicznych lub laboratoryjnych będących podstawą zakwalifikowania pacjenta do leczenia (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia); 2) w przypadku leczenia rawulizumabem pacjenci o masie ciała < 10 kg; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

Załącznik B.96.

LECZENIE CHORYCH Z NOCNA NAPADOWĄ HEMOGLOBINURIĄ (PNH) (ICD-10 D59.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>ekulizumabem</i>, 2) <i>rawulizumabem</i>, 3) <i>krowalimabem</i>, 4) <i>pegcetakoplanem</i>, 5) <i>danikopanem</i> w skojarzeniu z <i>rawulizumabem</i> lub <i>ekulizumabem</i>, 6) <i>iptakopanem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, 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 dożylniej, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to 900 mg w infuzji dożylniej w piątym tygodniu, a następnie dawka 900 mg w infuzji dożylniej co 14 ± 2 dni. 2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,	1. Leczenie ekulizumabem 1.1. Badania przy kwalifikacji: 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA); 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 11) stężenie mocznika w surowicy krwi; 12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi; 15) stężenie sodu w surowicy krwi; 16) stężenie potasu w surowicy krwi;

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) $\geq 1,5$ przekraczająca górną granicę normy (GGN), • co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: – niewydolność nerek, – nadciśnienie płucne, – znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność; b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym: • zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, • zator tętnicy płucnej, • zdarzenia mózgowo-naczyniowe, • amputacja, • zawał mięśnia sercowego, • napad przemijającego niedokrwienia, • niestabilna dławica piersiowa, • zakrzepica żyły nerkowej,	a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylniej, b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylniej. Pierwszą dawkę podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylniej co 8 tygodni. 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 dożylniej (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 żylniej 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 meningokokom - profilaktyka antybiotykowa; 3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są 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 następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 2. Leczenie rawulizumabem 2.1. Badania przy kwalifikacji: 2.1.1. chorych, którzy niestosowali ekulizumabu: 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 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);	badania 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 podskórnym 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 żyłnej 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 kątem 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) $\geq 1,5$ przekraczająca górną granicę normy (GCN), • co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: – niewydolność nerek, – nadciśnienie płucne lub duszność, – znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność, – hemoglobinuria, – bóle brzucha, – niedokrwistość (stężenie hemoglobiny $< 10\text{g/dL}$), – dysfagia, – zaburzenia erekcji, b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym: • zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, • zator tętnicy płucnej, • zdarzenia mózgowo-naczyniowe, • amputacja, • zawał mięśnia sercowego, • napad przemijającego niedokrwienia, • niestabilna dławica piersiowa, • zakrzepica żyły nerkowej, • zakrzepica żył kręzkowych,		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 meningokokom - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 4) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. 2.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii ekulizumabem: Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) wiek ≥ 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 żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonograf (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). 3.1.2. chorych, którzy stosowali inhibitor C5 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążyowy 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 (ALT), 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) $\leq 1,5$ górnej granicy normy (GGN); 5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyźni będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. 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 następnie 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
--	--	---

wylączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wylączenia; 2) Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia rawulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii; 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. 2.3. Kryteria wylączenia 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po 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 $< 10\text{g/dL}$), – dysfagia, – zaburzenia erekcji, b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym: ● zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, ● zator tętnicy płucnej, ● zdarzenia mózgowo-naczyniowe, ● amputacja, ● zawał mięśnia sercowego, ● napad przemijającego niedokrwienia, ● niestabilna dławica piersiowa, ● zakrzepica żyły nerkowej, ● zakrzepica żył krezkowych, ● zakrzepica żyły wrotnej, ● zgorzel,		5. Leczenie danikopanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem 5.1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów; 2) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 5) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 6) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 7) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym. 5.2. Monitorowanie leczenia 5.2.1. danikopan w skojarzeniu z rawulizumabem 1) co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, a następnie w 8 tygodniu: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) po 8 tygodniach, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
---	--	---

● ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. 3.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii inhibitorem C5: Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) wiek ≥ 12 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH $>1\%$ oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej przy kwalifikacji do pierwszego leczenia inhibitorem C5;		d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego danikopan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 5.2.2. danikopan w skojarzeniu z ekulizumabem 1) co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
--	--	--

3) stosowanie inhibitora C5 przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy; 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) $\leq 1,5$ górnej granicy normy (GGN); 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw <i>Neisseria meningitidis</i> (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 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 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 trombotoplastyny po aktywacji (APTT);
- 6) czas protrombinowy (PT);
- 7) fibrynogen;
- 8) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA);
- 9) oznaczenie grupy krwi;
- 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;
- 11) stężenie mocznika w surowicy krwi;
- 12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);
- 13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;
- 14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;
- 15) stężenie sodu w surowicy krwi;
- 16) stężenie potasu w surowicy krwi;
- 17) badanie ogólne moczu;
- 18) ocena liczby retikulocytów;
- 19) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia:

hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny); 3) karmienie piersią; 4) masa ciała poniżej 40 kg; 5) przeszczepienie allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT); 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 4. Leczenie pegcetakoplanem 4.1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:		ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). 6.1.2. Badania przy kwalifikacji chorych, którzy stosowali inhibitor C5: 1) badanie erytrocytów, granulocytów oraz monocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem w tym ocena liczby retikulocytów; 3) test 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 rawalizumabem lub ekulizumabem lub krowalimabem; 2) wiek ≥ 18 lat; 3) obecność niedokrwistości w trakcie leczenia inhibitorem C5 przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów, którzy w chwili rozpoczęcia leczenia inhibitorem C5 spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego; 4) nieobecność niewyleczonego zakażenia wywołanego przez bakterie otoczkowe, w tym <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i>; 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw <i>Neisseria meningitidis</i> (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia) oraz <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i> (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;		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 przeciwwskazań do stosowania pegcetakoplanu, Zespół Koordynacyjny może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego; 3) Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia pegcetakoplanem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny;		skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

- 4) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania pegcetakoplanu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

4.3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);
- 2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);
- 3) karmienie piersią;
- 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 5. Leczenie 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 leczenia byli rawulizumabem lub ekulizumabem; 4) nieobecność niewyleczonego zakażenia wywołanego przez bakterie otoczkowe, w tym <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i>; 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw <i>Neisseria meningitidis</i> (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), 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 mężczyźni będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

5.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia danikopanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej

funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek 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) $\geq 1,5$ przekraczająca górną granicę normy (GGN),
 - niedokrwistość (stężenie hemoglobiny <10 g/dL);

• co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: – niewydolność nerek, – nadciśnienie płucne, – znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność; b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym: • zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, • zator tętnicy płucnej, • zdarzenia mózgowo-naczyniowe, • amputacja, • zawał mięśnia sercowego, • napad przemijającego niedokrwienia, • niestabilna dławica piersiowa, • zakrzepica żyły nerkowej, • zakrzepica żył krezkowych, • zakrzepica żyły wrotnej, • zgorzel, • ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i>; w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom, <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i>, -		
--	--	--

profilaktyka antybiotykowa do momentu zakończenia schematu szczepienia podstawowego; 4) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lekniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. 6.1.2. Chorzy po terapii inhibitorem C5: Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) wiek ≥ 18 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH $>1\%$ oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej; 3) obecność niedokrwistości (stężenie hemoglobiny <10 g/dL) w trakcie leczenia inhibitorem C5 (ekulizumabem lub rawulizumabem) przez co najmniej 3 ostatnie miesiące; 4) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i> (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia); w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw		
--	--	--

menigokokom, <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i>, - profilaktyka antybiotykowa do momentu zakończenia schematu szczepienia podstawowego; 5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 6.2. Określenie czasu leczenia w programie 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;		
---	--	--

- 2) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia iptakopanem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny;
- 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania iptakopanu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

6.3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);
- 2) ciąża - jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);
- 3) karmienie piersią;
- 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);

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 Lecniczego. 2. Dawkowanie romiplostymu 1) dawka początkowa: 1 $\mu\text{g/kg}$ mc. raz w tygodniu podskórnie, z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia; 2) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Lecniczego. Po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego możliwe jest wydanie leku pacjentowi do samodzielnego podania, po odpowiednim przeszkoleniu pacjenta, o ile nie stanowi to zagrożenia dla jego zdrowia i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzenia terapii. Lek powinien być wydany w ilości każdorazowo nie większej niż	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby: a) AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub rytuksymabem, b) AST, AlAT, bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia romiplostymem, lub awatrombopagiem; 3) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA – dotyczy kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 4) oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM) w surowicy krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 5) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60

5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń, w tym aktywnego zapalenia wątroby typu B – w przypadku kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 6) zgoda pacjentki na stosowanie wysoce skutecznej metody zapobiegania ciąży podczas stosowania rytuksymabu i przez 12 miesięcy od zakończenia leczenia (w przypadku kobiet w wieku rozrodczym). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Dodatkowo, w celu kontynuacji terapii do programu lekowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni w ramach programu lekowego „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)”, którzy osiągnęli pełnoletniość, bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3. W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii trwa 4 tygodnie i jest ograniczony do jednego cyklu. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;	niezbędna do zabezpieczenia 3 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 4 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 3. Dawkowanie awatrombopagu 1) zalecana dawka początkowa: 20 mg raz na dobę; 2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. 4. Dawkowanie rytuksymabu 1) zalecana dawka: 375 mg/m² we wlewie dożylnym raz w tygodniu; 2) czas trwania cyklu: 4 tygodnie; 3) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.	lat, chorych z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami; 6) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem; 7) elektrokardiogram (EKG) – dotyczy kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. 2. Monitorowanie leczenia 1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek ($\geq 50\ 000/\mu\text{l}$ przez co najmniej 4 tygodnie): a) wykonywane co 1 tydzień: – morfologia krwi z rozmazem; b) w przypadku leczenia eltrombopagiem - wykonywane co 2 tygodnie: – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita); 2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek: a) wykonywane co 1 miesiąc: – morfologia krwi z rozmazem, – w przypadku leczenia eltrombopagiem: parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita), – w przypadku leczenia romiplostymem lub awatrombopagiem parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita) –
---	--	--

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) zaburzenia czynności wątroby: a) wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem, b) wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem; 5) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać, albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby, - <u>dotyczy wyłącznie chorych leczonych eltrombopagiem;</u> 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak odpowiedzi na leczenie: a) eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), albo		wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia romiplostymem lub awatrombopagiem; 3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinowego; 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie: – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie okulistyczne co 12 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem. W przypadku pacjentów leczonych rytuksymabem obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie (morfologia krwi z rozmazem) powinna być prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie. W celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta rodzaj odpowiedzi na leczenie w oparciu o liczbę płytek krwi i krwawienia: 1) R (odpowiedź): liczba płytek ≥ 30 G/l oraz co najmniej jej dwukrotne zwiększenie w stosunku do wyjściowej liczby płytek i brak krwawień; 2) CR (całkowita odpowiedź): liczba płytek ≥ 100 G/l i brak krwawień;
--	--	---

b) romiplostyem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia, albo c) awatrombopagiem w dawce 40 mg raz na dobę, podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia, jeśli liczba płytek krwi nie zwiększy się do $\geq 50 \times 10^9/L$; 8) trwała remisja choroby niewymagająca jakiegokolwiek leczenia; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. W przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania danego leku, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.		3) NR (brak odpowiedzi): liczba płytek $< 30 G/l$ lub niższa od dwukrotności wyjściowej liczby płytek lub obecność krwawień. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez lekarza prowadzącego, który podejmuje decyzję o zmianie sposobu leczenia lub wyłączeniu pacjenta z programu lekowego. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

Załącznik B.98.

LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPLYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem - wiek 1-18 lat; - rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); - niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do leczenia agonistą receptora trombopoetyny (rTPO) mogą być włączani również pacjenci, którzy uzyskali niedostateczną odpowiedź lub wykazują nietolerancję na inny preparat z grupy agonistów rTPO, oraz spełniają kryteria kwalifikacji. 1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia rytuksymabem - wiek 1-18 lat;	1. Dawkowanie eltrombopagu - zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi: 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat, 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego; - maksymalna dawka dobową wynosi 75 mg; - dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./μl. 2. Dawkowanie romiplostymu - romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne;	1. Badania przy kwalifikacji - morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek; - parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); - badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; - test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy. 2. Monitorowanie leczenia - badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi: - wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich): - morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, - wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem): - parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);

2) rozpoznanie opornej na immunosupresję małopłytkowości immunologicznej (trwającej powyżej 4 miesięcy); 3) zagrażająca życiu małopłytkowość immunologiczna z cechami krwawienia lub liczbą płytek poniżej 20 tys./μL; 4) niedostateczna odpowiedź na leczenie kortykosteroidami, IGIV lub agonistów rTPO. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Pacjenci pozostający w leczeniu w ramach tego programu lekowego, po osiągnięciu pełnoletności mogą być leczeni w programie lekowym „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)” bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do ww. programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3. W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii nie powinien być dłuższy niż 4 tygodnie. Obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie jest prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie.	2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 μg/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia; 3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta oraz zmiany masy ciała - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./μL. 3. Dawkowanie rytuksymabu 1) zalecana dawka: 375 mg/m² we wlewie dożylnym raz w tygodniu; 2) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.	2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u wszystkich odpowiadających pacjentów: a) wykonywane co 1 miesiąc: – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, b) wykonywane co 3 miesiące: – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); 3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi: a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie; 4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem; 5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej $250 \times 10^9/l$, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 raz w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej $100 \times 10^9/l$. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -
--	--	--

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) zaburzenia czynności wątroby: – wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem, – wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem; 3) wyłącznie w przypadku leczenia eltrombopagiem: istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać, - albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, - albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, - albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) brak odpowiedzi na leczenie: – eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), - lub		rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

– romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
---	--	--

Załącznik B.99.

LECZENIE AKROME GALII (ICD-10 E22.0)**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Leczenie pasyreotydem 1.1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT); 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki), które nie doprowadziło do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥ 30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni; 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe);	1. Leczenie pasyreotydem 1.1. Dawkowanie Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH $\geq 2,5$ µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) najwcześniej po 12 tygodniach leczenia, dawka pasyreotydu może zostać zwiększona do 60 mg podawana co 28 dni. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub nadmiernej odpowiedzi na leczenie dawka pasyreotydu może zostać zmniejszona o 20 mg lub preparat powinien zostać odstawiony. Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni. 1.2. Sposób podawania 1) Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym	1. Leczenie pasyreotydem 1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań, zwłaszcza w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i metabolicznych (cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów); 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL)); 3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy; 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);

5) pacjenci, którzy nie byli dotychczas operowani mogą być kwalifikowani do leczenia pasyreotydem wyłącznie w sytuacji, gdy leczenie chirurgiczne nie jest możliwe i nie uzyskano kontroli biochemicznej choroby po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥ 30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni. Kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pasyreotydem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii. 1.2. Kryteria wyłączenia 1) kandydaci do leczenia operacyjnego; 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego; 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) <i>Schematu dawkowania</i>; 4) objawowa kamica żółciowa;	wykonywanym przez fachowy personel medyczny. 2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym. 1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności 1) Jeżeli u pacjenta leczonego pasyreotydem wystąpi hiperglikemia, zaleca się rozpoczęcie lub zmianę leczenia przeciwcukrzycowego według wytycznych dotyczących postępowania w hiperglikemii. Jeżeli niekontrolowana hiperglikemia utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, dawkę pasyreotydu należy zmniejszyć lub należy przerwać leczenie. 2) Zaburzenia czynności wątroby: a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne; b) w przypadku pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa B wg. skali Child-Pugha) zalecana dawka początkowa wynosi 20 mg co 4 tygodnie. Maksymalna dawka zalecana	6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR; 7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej; 8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy); 9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna. 1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem 1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące; 2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4
---	--	--

5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha); 6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN; 7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne); 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako: a) obniżenie stężenia GH o > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 µg/l lub b) obniżenie stężenia IGF-1 o >40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1 lub c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza > 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzanym przy kwalifikacji do programu.	u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie; c) w przypadku pacjentów z żółtaczką lub innymi objawami sugerującymi klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN należy monitorować stan pacjenta po przerwaniu leczenia pasyreotydem do czasu ustąpienia nieprawidłowości. Leczenia nie należy wznowiać, jeśli w ocenie lekarza nieprawidłowa czynność wątroby ma związek z pasyreotydem. 3) Należy zachować ostrożność oraz dokonać uważnej oceny stosunku korzyści do ryzyka stosując pasyreotyd u pacjentów narażonych na istotne ryzyko wystąpienia wydłużenia odstępu QT w EKG. 2. Leczenie pegwisomantem 2.1. Dawkowanie 1) Pegwisomant należy podawać we wstrzyknięciach podskórnych.	tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia; 4) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia. Ponadto należy monitorować wartość stężenia HbA1c po 3 tygodniach od zakończenia leczenia; 5) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstotnością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych; 6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych; 7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu; 8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych; 9) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, nie rzadziej niż 1 raz do roku i w każdym przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy; 11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).
--	--	---

1.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

2. Leczenie pegwisomantem**2.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) wiek powyżej 18 roku życia;
- 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);
- 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełnianego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥ 30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;
- 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe);

- 2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.
- 3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórną pod nadzorem lekarza.
- 4) Następnie 10 mg pegwisomantu należy podawać raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Dawki należy dostosowywać na podstawie stężenia IGF-1 w surowicy. Należy oznaczać stężenia IGF-1 w surowicy co 4 do 6 tygodni i stopniowo zwiększać dawkę tak, aby utrzymywać stężenia IGF-1 w surowicy, w zakresie właściwym dla płci i wieku i uzyskać optymalną odpowiedź terapeutyczną. Maksymalna dawka wynosi 30 mg/dobę.

2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

- 1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy;
- 2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby;
- 3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u

2. Leczenie pegwisomantem**2.1. Badania przy kwalifikacji**

- 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań;
- 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL).
- 3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;
- 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki w okresie do 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
- 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);
- 6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;
- 7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;

2.2. Monitorowanie leczenia

- 1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące;
- 2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-

5) nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny II generacji o przedłużonym działaniu tj. pasyreotydem w dawce 60 mg lub nietolerowanie takiej terapii; 6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol). Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4. W przypadku gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia pasyreotydem zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu (pkt. 1.1.), kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4, 5 łącznie lub 1, 2, 3, 4, 6 łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pegwisomantem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii. 2.2. Kryteria wyłączenia 1) kandydaci do leczenia operacyjnego; 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;	osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego; 4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.	przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 3) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT w surowicy co 4 do 6 tygodni przez sześć pierwszych miesięcy terapii pegwisomantem oraz w przypadku objawów sugerujących ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby; 4) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie oznaczenia eGFR i wydalanie białka z moczem, a następnie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi lub co pół roku - w przypadku braku pogorszenia; 5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi; 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy; 8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
---	--	--

3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m² oraz utrata białka >3 g/1,73m²; 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT >5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT); 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne); 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce; 2.3. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.		2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

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: - dorośłym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <i>alirokumabem</i>, <i>ewolokumabem</i>, <i>inklisiranem</i>, - dorośłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <i>lomitapidem</i>, - dorośłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <i>ewolokumabem</i>, - dorośłym pacjentom z bardzo wysokim i ekstremalnym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego: <i>alirokumabem</i>, <i>ewolokumabem</i>, <i>inklisiranem</i>, - pediatrycznym pacjentom z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <i>ewolokumabem</i>, - pediatrycznym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <i>alirokumabem</i>.	1. Dawkowanie 1.1. Alirokumab - dorośli pacjenci 150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie), - pediatryczni pacjenci - masa ciała poniżej 50 kg 150 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie - masa ciała 50 kg lub więcej 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie. 1.2. Ewolokumab - heterozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej: 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie, - bardzo wysokie ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego:	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia - badanie lipidogramu; - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALAT); - test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); - dodatkowo w przypadku terapii alirokumabem, ewolokumabem, inklisiranem: - oznaczenie stężenia kreatyniny oraz badanie eGFR, - oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK); - dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem: - wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie, - oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT) i fosfatazy alkalicznej (ALP), - oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,

zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

- 1) wiek 18 lat i powyżej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.5.;
- 2) brak hiperlipidemii wtórnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.4.;
- 3) brak homozygotycznej postaci hipercholesterolemii rodzinnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.5.;
- 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym;
- 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;
- 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia

1.2.1. dorosłych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem

- 1) potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network (rekomendowane

a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie,

3) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej:

a) zalecana dawka początkowa to 420 mg raz w miesiącu. Po 12 tygodniach leczenia, częstość dawkowania może być stopniowo zwiększana do 420 mg raz na 2 tygodnie, jeśli nie została uzyskana odpowiedź istotna klinicznie. U pacjentów, u których wykonywana jest afereza, można rozpocząć leczenie dawką 420 mg podawaną raz na dwa tygodnie w taki sposób, aby schemat dawkowania dopasować do harmonogramu zabiegów aferezy.

1.3. Inkisiran

284 mg inkisiranu w pojedynczym wstrzyknięciu podskórnym podawanym: po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.

Dawki pominięte:

Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie krótszym niż 3 miesiące, należy podać inkisiran i kontynuować podawanie leku zgodnie z pierwotnym harmonogramem.

Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie przekraczającym 3 miesiące, należy rozpocząć nowy schemat dawkowania – inkisiran

d) oznaczenie stężenia albumin w surowicy krwi,

e) oznaczanie aktywności transpeptydazy gamma - glutamylowej (GGTP),

f) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;

6) dodatkowo w przypadku terapii ewolokumabem pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:

a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia - na każdej wizycie;

2) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem:

a) stężenie cholesterolu i trójglicerydów przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,

b) w pierwszym roku leczenia należy wykonywać badania czynności wątroby (przynajmniej oznaczenie AlAT i AspAT) przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,

c) po pierwszym roku należy wykonywać badania czynności wątroby przynajmniej

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, przebyte zabieg naczyniowy w obrębie tętnic wieńcowych, szyjnych, dogłowych 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 (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni). Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego <i>compliance</i> 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) <i>alirokumabem</i> lub <i>ewolokumabem</i> (dotyczy pacjentów dorosłych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy, b) <i>alirokumabem</i> lub <i>ewolokumabem</i> (dotyczy pacjentów pediatrycznych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 6 miesięcy, c) <i>inklisiranem</i> lub <i>lomitapidem</i> - badanie lipidogramu wykonuje się po 6 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania
---	--	--

albo 3) pacjenci, z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewelokumabem lub alirokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.). 1.2.2. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną lomitapidem 1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego; 2) brak innych postaci hipercholesterolemii; 3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnienie tych kryteriów w momencie rozpoczynania leczenia LDL aferezą; 4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) kryteria kwalifikacji do leczenia LDL aferezą: LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni). Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego compliance na podstawie realizacji recepty w IKP. lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych		leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) zmiana stężenia LDL-C; b) zmiana stężenia TC; c) zmiana stężenia HDL; d) zmiana stężenia trójglicerydów; e) procentowy spadek liczby zabiegów LDL aferezy. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

(PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11pkt.).

1.2.3. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem

1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego;

2) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni).

Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego compliance na podstawie realizacji recept w IKP,

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11pkt.).

albo

- 3) pacjenci, z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.).

1.2.4. dorosłych pacjentów

- a) z **ekstremalnym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem**

- 1) LDL-C >55 mg/dl (1,4 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

- a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni).

Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego *compliance* na podstawie realizacji recept w IKP.

lub

- b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11 pkt.).

- 2) przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miazdzącą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 60 miesięcy przed

włączeniem do programu lekowego oraz dodatkowym jednym zdarzeniem sercowo-naczyniowym lub stanem chorobowym/ czynnikiem ryzyka: a) wieńcowym: – z dodatkowo przebyłym zawałem serca w wywiadzie - lub – wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach - lub – wiekiem poniżej 50 lat w chwili pierwszego zawału, - lub – po uprzednio wykonanym zabiegu PCI lub CABG wielonaczyniowej choroby wieńcowej, b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako: – choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.: i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85 - lub ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych - lub iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej - lub – choroba tętnic mózgowych, tj.: i. przebyty udar mózgu niedokrwienny - lub ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA) - lub iii. przebyta rewaskularyzacja tętnic dogłowych, c) inne stany chorobowe:		
---	--	--

– cukrzyca typu 2 z poważnym uszkodzeniem narządowym definiowanym jako: i. eGFR <45 ml/min/1,73 m² niezależnie od albuminurii lub ii. eGFR 45–59 ml/min/1,73 m² oraz albuminuria (UACR 30–300 mg/g; stadium A2) lub iii. białkomocz (UACR >300 mg/g; stadium A3) lub iv. obecność choroby mikronaczyniowej w przynajmniej trzech różnych miejscach, np. albuminuria (stadium A2) oraz retinopatia oraz neuropatia lub v. 10-letnie ryzyko sercowo-naczyniowe > 20% według kalkulatora SCORE2-Diabetes lub – przewlekła choroba nerek z eGFR < 60 ml/min/1,73 m² lub – lipoproteina (a) > 50 mg/dL (125 nmol/l) lub – potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network. lub b) z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem 1) LDL-C >70 mg/dl (1,8 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w		
---	--	--

skojarzeniu z ezetymibem (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni). Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego <i>compliance</i> na podstawie realizacji recepty w IKP. lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, zdefiniowaną 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 abeparwówek; 2) nusinersen; 3) rysdyplam. Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia. 1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek 1.1. Kryteria kwalifikacji 1) pacjenci przedobjawowi i objawowi z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 badani w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce lub prenatalnie w Polsce; 2) wiek do 6 miesiąca życia (<180 dni) w momencie podania leku;	1. Dawkowanie onasemnogen abeparwówek Dawkowanie onasemnogen abeparwówek oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). 2. Dawkowanie nusinersenu Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami. W uzasadnionych klinicznie przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.	1. Badania przy kwalifikacji 1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną onasemnogen abeparwówek 1) badanie ogólnolekarskie; 2) badanie miana przeciwciał AAV9; 3) badanie czynności wątroby: AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, GGTP; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) liczba płytek krwi; 6) stężenie troponiny I; 7) badanie genetyczne potwierdzające bialleliczną mutację genu SMN1; 8) badanie określające ilość kopii genu SMN2 z wykorzystaniem techniki MLPA lub innych specyficznych technik; 9) ocena zdolności połykania; 10) badanie zaburzeń nerwowo-mięśniowych w skali CHOP-INTEND; 11) ocena kamieni milowych rozwoju motorycznego w skali WHO; 12) określenie masy ciała pacjenta w stosunku do wieku z wykorzystaniem siatek centylowych;

3) zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego; 4) ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku; 5) posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych; 6) brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym: a) brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego; b) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych; c) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu; d) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii; 7) świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt. 8) brak przeciwwskazań określonych w punkcie 1.2. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Kryteriów opisanych w punkcie 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów leczonych nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu po ustąpieniu przeciwwskazań do terapii onasemnogen abeparwówek opisanych w punkcie 1.2. (pierwotnie pacjent nie otrzymał onasemnogen abeparwówek ze względu na wystąpienie przeciwwskazań). Kryteriów opisanych w punkcie 1, 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów przedobjawowych i objawowych z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu	3. Dawkowanie rysdyplamu Dawkowanie rysdyplamu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).	13) badanie stężenia kreatyniny i mocznika; 14) badanie poziomu hemoglobiny; 15) inne badania i konsultacje specjalistyczne o ile są wskazania, w tym: konsultacja gastrologa, konsultacja pulmonologa, EKG. 1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną nusinersen 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram); 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) konsultacja anestezyjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego; 8) konsultacja ortopedyczna – w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 9) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 10) test ciążowy - u kobiet w wieku reprodukcyjnym. 1.3. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną rysdyplam
---	--	---

SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 urodzonych przed 1 września 2022 r. i leczonych od momentu diagnozy nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu. W opinii lekarza prowadzącego pacjent ten ma prawidłowy stan odżywienia.

Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia SMA z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek i otrzymali leczenie z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek, przez wzgląd na brak dowodów naukowych przedstawianych w ramach procesów refundacyjnych w Polsce, nie mogą być włączeni do leczenia SMA z wykorzystaniem nusinersenu lub rysdyplamu finansowanego w ramach niniejszego programu lekowego.

1.2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu

- 1) tracheostomia i konieczność stosowania wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub konieczność nieinwazyjnego wspomagania wentylacji średnio ≥ 16 godzin dziennie przez 7 dni przed kwalifikacją do programu;
- 2) niewydolność oddechowa od urodzenia;
- 3) masa ciała mniejsza niż 2,6 kg lub większa niż 13,5 kg;
- 4) zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej;
- 5) znana aktywna infekcja uniemożliwiająca zastosowanie terapii;
- 6) choroby współistniejące uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego;
- 7) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku, znana alergia lub nadwrażliwość na

- 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;
- 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;
- 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;
- 4) morfologia krwi z rozmazem;
- 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina);
- 6) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;
- 7) konsultacja ortopedyczna - w zależności od stanu klinicznego pacjenta;
- 8) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta;
- 9) test ciążowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii oraz przez 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki - u kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek

2.1.1. Ocena skuteczności leczenia

- 1) badanie neurologiczne i w skali funkcjonalnej odpowiedniej do wieku i stanu pacjenta po podaniu leku przeprowadza się w 3, 6, 9, 12, 15, 21, 24, 27, 36, 48 miesiącu po podaniu leku;
- 2) monitorowanie leczenia przez okres 48 miesięcy od podania leku z substancją czynną onasemnogen abeparwówek polega na ocenie kryteriów, które umożliwią ewentualne stwierdzenie braku skuteczności leczenia lub braku osiągnięcia kamieni milowych;

prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocnicze; 8) miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9) > 1:50 określone w teście ELISA - wynik uzyskany nie więcej niż 30 dni przed podaniem leku; 9) klinicznie istotne nieprawidłowe wartości laboratoryjne (gamma-glutamylotranspeptydaza [GGTP], ALAT i AspAT > 2 × GGN, bilirubina ≥ 2,0 mg/dl, kreatynina ≥ 1,0 mg/dl, hemoglobina [Hgb] < 8 lub > 18 g/dl; białe krwinki [WBC] > 20 000 na mm³), PLT poniżej 50 tys. w mm³ przed genową terapią zastępczą; 10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego. 1.3. Zakończenie leczenia w programie Zakończenie leczenia w programie lekowym następuje w przypadku stwierdzenia przez Zespół Koordynujący braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych u pacjenta leczonego z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwovek. Stwierdzenie braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych lekarz prowadzący musi udokumentować w SMPT. Zakończenie leczenia w programie lekowym musi zostać potwierdzone przez Zespół Koordynujący. 2. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen 2.1. Kryteria kwalifikacji 1) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym lub pacjenci zdiagnozowani również w ramach Rządowego		3) jako brak skuteczności uznaje się: a) konieczność włączenia stałej wentylacji mechanicznej w okresie 48 miesięcy od dnia podania leku, rozumianej jako: – inwazyjna wentylacja poprzedzona wykonaniem zabiegu tracheostomii trwająca przez co najmniej 16 godzin dziennie, w sposób ciągły przez co najmniej 14 kolejnych dni (przy braku ostrej, odwracalnej choroby i z wyjątkiem wentylacji okołoperacyjnej), – stała wentylacja mechaniczna – należy udokumentować za pomocą 1 zdjęcia wykonanego w dniu stwierdzenia tego faktu oraz potwierdzić kodem ICD-9: 31.29 w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w systemie rozliczeniowym NFZ. b) utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju motorycznego w okresie 48 miesięcy od podania leku. Uzyskane kamienie milowe rozwoju motorycznego należy rozumieć jako umiejętności zgodne z definicją WHO: samodzielne siedzenie, stanie bez podparcia, chodzenie bez podparcia, zdobyte w okresie przed podaniem leku oraz w dowolnym czasie po podaniu leku, a następnie utracone przez pacjenta w wyniku progresji choroby podstawowej (SMA). 4) jako brak osiągnięcia kamieni milowych rozwoju motorycznego (dotyczy pacjentów przedobjawowych) uznaje się: a) nieuzyskanie umiejętności siedzenia bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 12 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 15 miesiącu życia pacjenta.
---	--	---

Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce. 2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek w ramach niniejszego programu lekowego; 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznane rdzeniowe zaniki mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt 2.3. 4) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwówekiem, rysdyplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu. Kryteria 1) i 2) muszą być spełnione łącznie. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: 1) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę.		b) nieuzyskanie umiejętności stania bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 20 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 23 miesiącu życia pacjenta. 2.1.2. Badania laboratoryjne 1) co tydzień przez pierwszy miesiąc po podaniu leku, a następnie co 2 tygodnie w drugim i trzecim miesiącu lub dłużej (do czasu powrotu parametrów do wartości początkowej): a) badanie aktywności aminotransferaz wątrobowych i poziom bilirubiny całkowitej; b) badanie liczby płytek krwi; c) stężenie troponiny I; d) inne badania i pomiary konieczne ze względu na stan zdrowia (np. ciśnienie tętnicze) w zależności od decyzji lekarza prowadzącego. 2.2. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen 1) badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki; 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących; 3) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji; 4) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta; 5) ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;
---	--	--

Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wnioski o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający:

- 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach,
- 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta.

2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.

Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

2.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;
- 2) przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego;
- 3) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 4) pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:

- 6) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (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 któregośkolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii: 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. 3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdylplam 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 białeleliczną 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 abeparwówek przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii: a) przeżycie (niewystąpienie zgonu), b) konieczności wykonania tracheostomii, c) konieczności stałej wentylacji, d) zależności od wspomagania wentylacji, e) osiągnięcie kamieni milowych, dotyczących etapów rozwojowych w zakresie funkcji motorycznych, f) utrata uzyskanych uprzednio kamieni milowych, g) wyniki testu zaburzeń nerwowo-mięśniowych (CHOP-INTEND) w stosunku do wartości przed podaniem leku, h) wymaganie wspomagania żywienia innego niż żywienie doustne. Dodatkowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia dokumentacji w formie nagrań wideo oraz zdjęć umożliwiających ocenę skuteczności terapii pacjenta. Nagranie wideo powinno zostać wykonane techniką cyfrową, w jakości HD (High Density) i obejmować okres wystarczający do oceny punktów służących do oceny braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych. Utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju ruchowego, należy udokumentować za pomocą nagrań wideo
---	--	---

lub b) których stan neurologiczny w czasie terapii nusinersenem uległ pogorszeniu według kryteriów wyłączenia z terapii nusinersenem - punkt 2.3.4 programu lekowego B.102.FM; lub c) u których występują wielokrotne (dwa lub więcej) objawy niepożądane nakłucia lędźwiowego wymagające interwencji medycznej; 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni rysdyplamem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznane rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt. 3.3; 4) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek w ramach niniejszego programu lekowego; Kryterium 4 musi być spełnione w każdym przypadku. W przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwówką, nusinersenem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej 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 abeparwówek objętych programem lekowym, w szczególności do zdjęć lub nagrań wideo dokumentujących badania wymagane do oceny skuteczności lub oceny kamieni milowych rozwoju motorycznego wymienionych w pkt 2.1.1. monitorowania leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek. 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:

- 1) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały kryteria pozostania w programie.
- 2) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę.

Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wnioski o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający:

- 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach,
- 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta.

3.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Łączny czas leczenia pacjenta rysdyplamem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.

Po 6 miesiącach przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

3.3. Kryteria wyłączenia z programu 1) pogorszenie w, odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali: a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy lub b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy; 2) wystąpienie w trakcie trwania terapii któregośkolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; W takim przypadku po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni możliwa jest zmiana leczenia na nusinersen. 3) ciąża; 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		
---	--	--

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 Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3. Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4. 1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia; 2) Pacjenci ze stwierdzoną objawową (wystąpienie co najmniej jednego z powikłań narządowych, niewyjaśnionych w pełni przez inną przyczynę) klasyczną lub nieklasyczną postacią choroby Fabry’ego;	Dawkowanie agalzydazy beta Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylniej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. Dawkowanie agalzydazy alfa Agalzydaza alfa jest podawana w dawce 0,2 mg/kg masy ciała, co drugi tydzień, we wlewach dożylnych trwających około 40 minut. Podawanie preparatu agalzydazy alfa prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. Dawkowanie migalastatu Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3); 2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji); 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Wysokość i masa ciała; 5) Próby wątrobowe: ALAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina; 6) USG jamy brzusznej z oceną nerek; 7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej; 8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 9) Rezonans magnetyczny mózgu;

3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem: a) u mężczyzn: badania biochemicznego aktywności alfa galaktozydazy A (brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie - norma wyniku musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, w osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; 4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz $GFR \geq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z		10) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angiokeratomy); 11) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach); 14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). 2. Monitorowanie leczenia Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań: 1) Wysokość i masa ciała; 2) Morfologia krwi z rozmazem; 3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego
---	--	---

programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii. 3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem 1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat); 2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu; 3) Jednoczesowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu; 4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa; 6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu; 7) $GFR < 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ - dotyczy migalastatu; 8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby; 9) Ciąża lub laktacja;		(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram; 4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach); 5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba); 7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry’ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku; 8) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 9) Poziom globotriaosylofingozyny (lyso-Gb3); 10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach); 11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);
--	--	--

10) Zaawansowana choroba serca z rozległymi zwłóknieniami lub schyłkowa niewydolność serca (NYHA 4) bez możliwości przeszczepu, o ile choroba serca jest jedynym (objawowym) wskazaniem do rozpoczęcia terapii; 11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN; 12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu; 13) Końcowe stadium choroby Fabry’ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy. 4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem 1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych; 3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzone lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa; 4) Ciąża lub laktacja; 5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia; 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). 3. Monitorowanie programu 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	--

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 – <i>adalimumabem</i>; 2) leczenie miejscowe – <i>deksametazonem w postaci implantu doszklistkowego</i>. Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN, opisane w <i>standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standarization of Uveitis Nomenclature)</i>. 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzenie niezakaźnego przewlekłego, przetrwałego lub nawrotowego zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej;	1. Dawkowanie Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. 1.1. Dawkowanie adalimumabu 80 mg początkowo, podskórnie. Następnie, po tygodniu od dawki początkowej, 40 mg podskórnie co dwa tygodnie. 1.2. Dawkowanie deksametazonu Jeden implant doszklistkowo, nie częściej niż co 6 miesięcy.	1. Badania przy kwalifikacji do programu Muszą zostać wykonane badanie ogólne (1.1.) oraz badania szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Badania ogólne 1) badanie okulistyczne obejmujące: a) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS, b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, c) ocenę dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT), d) badanie ultrasonograficzne (typ B) gałki ocznej, e) ocenę stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka według kryteriów SUN, f) ocenę stopnia przymglenia ciała szklanego według kryteriów SUN. 1.2. Szczegółowe badania przy kwalifikacji do terapii 1.2.1. Adalimumabem 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu płytek krwi (PLT);

- 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną;
- 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. Adalimumabem

- a) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby:
 - przy dawce ≤ 10 mg prednizolonu lub dawce równoważnej innego leku sterydowego lub
 - przy terapii lekami immunosupresyjnymi lub
 - przy kombinacji obu powyższymi terapiami po kursie leczenia trwającym 15 tygodni
 lub
- b) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną, u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące:
 - do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub
 - w czasie stabilizacji choroby po odstawieniu obu typów leków, trwającej krócej niż 3 miesiące

- 3) odczyn Biernackiego;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie poziomu białka C-reaktywnego we krwi (CRP);
- 8) oznaczenie stężenia elektrolitów w surowicy krwi;
- 9) badanie ogólne moczu;
- 10) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy;
- 11) test na kiłę;
- 12) test na boreliozę;
- 13) oznaczenie obecności antygeny HBs;
- 14) oznaczenie przeciwciał anti-HCV;
- 15) oznaczenie obecności antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
- 16) badanie RTG klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu);
- 17) elektrokardiogram (EKG);
- 18) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego;
- 19) rezonans magnetyczny w razie wskazań klinicznych;
- 20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

1.2.2. Deksametazonem w postaci implantu

- 1) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT lub w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa - opcjonalnie lub na prośbę Zespołu Koordynacyjnego.

lub c) występowanie przeciwwskazań lub nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych. Choroba nieaktywna definiowana jest jako: 1) brak aktywnej zapalnej zmiany naczyń i siatkówki lub naczyń siatkówki; 2) stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka 0,5+ według kryteriów SUN; 3) stopień przymglenia ciała szklстого oka 0,5+ według kryteriów SUN. 1.1.2. Deksametazonem w postaci implantu a) obecność klinicznie znamiennego obrzęku plamki w przebiegu ZBN; b) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku w zakresie 0,1 – 0,8, określona na tablicach Snellena lub ETDRS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1.1. Adalimumabem 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) CRP; 3) odczyn Biernackiego; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) test 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 płamki zostaje wyłączony z programu. W przypadku nawrotów obrzęku płamki u takiego pacjenta, może być on ponownie włączony do programu, zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Pacjent w ramach programu może otrzymać maksymalnie 3 dawki deksametazonu do jednego oka. W przypadku utrzymującego się obrzęku bez wykładników zapalenia leczenie powinno być kontynuowane do łącznej dawki 3 podań do jednego oka. W przypadku nawrotu obrzęku płamki po 3 dawkach deksametazonu leczenie nie powinno być kontynuowane ze względu na brak skuteczności. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie w co najmniej jednym oku, w czasie co najmniej 6 tygodni od rozpoczęcia terapii adalimumabem lub w oku poddanym leczeniu po 4 miesiącach od rozpoczęcia terapii deksametazonem, co najmniej jednej z poniższych zmian: a) nowych aktywnych zmian zapalnych naczyńówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki		Ocena skuteczności leczenia odbywa się z porównaniem do wartości uzyskanych przy kwalifikacji do programu. W celu oceny skuteczności leczenia wykonuje się badanie okulistyczne obejmujące: 1) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) ocenę przedniego odcinka i dna oka; 4) ocenę płamki za pomocą optycznej koherentnej tomografii (OCT); 5) opcjonalnie angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – dla terapii deksametazonem. 2.2.1. Kryteria oceny skuteczności leczenia adalimumabem Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdej kolejnej 5 dawki leku. Poprawa definiowana jest jako: 1) zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklanego, według kryteriów SUN: a) $0 \leq 2$ przy stanie początkowym większym lub równym 2; b) do poziomu 0 przy stanie początkowym mniejszym niż 2; 2) zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyńówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki
--	--	--

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 przymglania ciała szklanego: – do stopnia 0,5+ dla pacjentów, którzy przy kwalifikacji osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN lub – o 2 stopnie lub zwiększenie ze stopnia +3 na +4 dla pozostałych pacjentów; 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		3) poprawa BCVA o 3 linie na tablicach Snellena lub 15 liter na tablicy ETDRS lub 4) stabilizacja ostrości wzroku. 2.2.2. Kryteria oceny skuteczności leczenia deksametazonem Po 4 miesiącach od pierwszego podania implantu (+/- 7 dni) dokonuje się oceny pod kątem wystąpienia zmian opisanych w podpunkcie 1 kryteriów wyłączenia z programu. Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdego kolejnego implantu (w dniu podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem), nie rzadziej niż co 6 miesięcy. Poprawa umożliwiająca dalsze leczenie definiowana jest jako: 1) zmniejszenie grubości siatkówki o $\geq 10\%$ i $> 50 \mu\text{m}$ w stosunku do wartości przed pierwszym podaniem leku w programie (w centralnym polu OCT); 2) poprawa BCVA o co najmniej 1 linię na tablicach Snellena lub ETDRS. Brak spełnienia tych warunków łącznie na wizycie przed podaniem kolejnego implantu uniemożliwia dalsze leczenie w programie i ponowną kwalifikację. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji
---	--	--

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

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)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anty-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA: 1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych lub 1.2. zakwalifikowani do leczenia biologicznego związanego z wysokim lub średnim ryzykiem reaktywacji HBV (leczenie przeciwciałami monoklonalnymi anty-CD20, chemioterapią systemową, glikokortykosteroidami w dużych dawkach (≥ 20 mg dz. > 4 tygodnie) inhibitorami kinaz tyrozynowych, inhibitorami cytokin, inhibitorami immunofilin, inhibitorami TNF-alfa oraz inhibitorami proteasomów) lub 1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Profilaktykę/leczenie HBV stosuje się przez cały okres leczenia biologicznego i 18 miesięcy po jego zakończeniu. W wybranych przypadkach terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.	Entekawir: 0,5 mg 1x dobę lub Tenofowir: 245 mg 1 x na dobę <i>Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</i>	1. Badania przy kwalifikacji 1) HBsAg 2) anty-HBs 3) anty-HBc IgG/całkowite 4) HBV DNA ilościowe 5) morfologia krwi 6) ALT 7) kreatynina 2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące: 1) ALT 2) HBV DNA 3. Monitorowanie w trakcie 18 miesięcznej kontynuacji profilaktyki po zakończeniu leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz w ciągu 12 miesięcy po zakończeniu profilaktyki reaktywacji HBV - co 3 miesiące: 1) HBV DNA

Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.		4. Monitorowanie programu 1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. 3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.
--	--	---

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 - wiek ≥ 12. roku życia; - udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu; - ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami: - Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7 ≥ 28 oraz - jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI ≥ 10; - oporna przewlekła pokrzywka spontaniczna, w przypadku, gdy w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano oczekiwanej poprawy kontroli objawów po leczeniu lekami przeciwhistaminowymi H1 drugiej generacji przyjmowanych w dawce 4-krotnie przekraczającej dawkę standardową przez okres minimum 4 tygodni; - w przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia. 2. Kryteria wyłączenia - brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych jako UAS7 > 16 lub DLQI ≥ 10;	1. Dawkowanie omalizumabu Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie z uwzględnieniem rekomendacji EAACI/GA²LEN/Euro GuiDerm/APAAACI. 1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach (+/-14dni) od rozpoczęcia terapii (podania pierwszej dawki leku). Pacjent nie powinien przerywać leczenia lekiem przeciwhistaminowym. W czasie zawieszenia udziału pacjenta w programie lekowym zastosowanie leku przeciwhistaminowego pozostaje do decyzji lekarza. 1.2. U pacjentów, u których odwiesza się leczenie omalizumabem terapia powinna być kontynuowana z zastosowaniem dawki zgodnej z Charakterystyką Produktu Leczniczego przez okres kolejnych 24 tygodni (+/-14dni) tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie.	1. Badania przy kwalifikacji - ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; - ocena nasilenia objawów pokrzywki: - Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7, - Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI; - morfologia krwi z rozmazem; - CRP; - TSH; - aminotransferaza alaninowa (ALAT); - kreatynina i mocznik w surowicy; - próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące: - ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI); - dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.

2) ciąża lub laktacja; 3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania omalizumabu; 4) izolowany obrzęk naczynioruchowy; 5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych; 6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa; 7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi; 8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich. 3. Określenie czasu leczenia w programie Po upływie 24 tygodni (+/-14dni) leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli choroby, a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku. Pacjent, u którego zawieszono leczenie omalizumabem, a u którego wcześniejszym leczeniem osiągnięto istotną poprawę kontroli choroby i poprawę jakości życia, może być ponownie włączony przez lekarza prowadzącego do programu, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźników UAS7 do poziomu wartości nie mniejszej niż 16 oraz pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu. U chorych, u których w okresie 24 tygodni od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli choroby, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.	Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta. Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.	2.2. Po 12 i 24 (+/- 14 dni) tygodniu leczenia: 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) CRP; 4) TSH; 5) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu. 3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni (+/-14 dni) leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na
--	--	---

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. 4. Kryteria ponownego włączenia do programu Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu: 1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu - albo 2) planowej przerwy w leczeniu. Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.		zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	---

Załącznik B.108.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM RDZENIASTYM TARCZYCY (ICD-10: C73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie raka rdzeniastego tarczycy substancjami: 1) <i>wandetanib</i>; 2) <i>selperkatynib</i>. Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. 1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie; 2) choroba miejscowo zaawansowana lub uogólniona - po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii; 3) obecność zmian mierzalnych według aktualnych kryteriów RECIST; 4) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;	1. Dawkowanie <i>wandetanibu</i> Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL. Zalecana dawka <i>wandetanibu</i> wynosi: a) 300 mg na dobę. 2. Dawkowanie <i>selperkatynibu</i> Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL. Zalecana dawka <i>selperkatynibu</i> wynosi: a) 120 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała mniejszej niż 50 kg,	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT i AspAT; 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA; 7) oznaczenie stężenia TSH; 8) badanie ogólne moczu; 9) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 11) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 12) EKG z oceną odstępu QTc; 13) TK lub MR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby; 14) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej - w przypadku <i>wandetanibu</i>.

5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL; 7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 8) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym; 9) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1.2.1. Terapia <i>wandetanibem</i> 1) wiek powyżej 18 lat; 2) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu - konieczność udokumentowania progresji według RECIST w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia <i>wandetanibem</i>; 3) stan sprawności 0-2 według ECOG; 1.2.2. Terapia <i>selperkatynibem</i> 1) wiek co najmniej 12 lat; 2) niepowodzenie lub nietolerancja farmakoterapii systemowej z użyciem <i>wandetanibu</i> lub <i>kabozantynibu</i>; 3) potwierdzona mutacja germinalna lub somatyczna w genie RET w guzie (pozytywny wynik testu DNA linii zarodkowej w kierunku mutacji w genie RET jest dopuszczalny przy braku badań tkanki nowotworowej);	b) 160 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała równej 50 kg lub większej.	Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Terapia <i>wandetanibem</i> 2.1.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia: 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi. 2.1.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia: 1) oznaczenie AlAT i AspAT; 2) oznaczenie stężenia bilirubiny; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 5) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 6) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 7) badanie EKG z oceną QTc; 8) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane). 2.1.3. Badania wykonywane co 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT i AspAT; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
---	--	--

4) dostępna zarchiwizowana próbka tkanki nowotworowej (z zastrzeżeniem jak w pkt. 3); 5) brak potwierdzonego dodatkowego (zatwierdzonego) czynnika onkogennego, który może powodować oporność na leczenie; 6) brak wcześniejszego leczenia selektywnym inhibitorem(ami) RET; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) co najmniej jedna mierzalna zmiana, zgodnie z aktualną definicją RECIST lub RANO i wcześniej nie napromieniana; 9) stan sprawności: a) dorośli 0-2 w skali ECOG, b) pacjenci do 16 roku życia ≥ 40 w skali Lansky’ego. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>wandetanibem/selperkatynibem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu		4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA; 7) oznaczenie stężenia TSH; 8) badanie ogólne moczu; 9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie. 2.1.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy: 1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej- w przypadku <i>wandetanibu</i>. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. 2.2. Terapia <i>selperkatynibem</i> 2.2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia: 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 3) oznaczenie AlAT i AspAT; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny. 2.2.2. Co najmniej raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych: 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) morfologia krwi z rozmazem;
---	--	--

1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) pogorszenie stanu sprawności, związane z leczeniem, o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg ECOG u dorosłych (dotyczy <i>selperkatynibu</i> i <i>wandetanibu</i>) lub do wartości 30 w skali Lansky'ego u pacjentów do 16. roku życia (dotyczy <i>selperkatynibu</i>); 5) cięża lub okres karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub wycofanie zgody na leczenie.		3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie AlAT i AspAT; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny. 2.2.3. Badania wykonywane co 2 miesiące przez kolejne 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych: 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie AlAT i AspAT; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny. 2.2.4. Badania wykonywane co 3 miesiące po roku od rozpoczęcia leczenia lub w przypadku wskazań klinicznych: 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie AlAT i AspAT; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia TSH, kalcytoniny i CEA; 8) badanie ogólne moczu; 9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie. Dodatkowo, należy monitorować ciśnienie tętnicze w trakcie leczenia i w razie potrzeby zastosować standardową terapię przeciwnadciśnieniową. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.
---	--	--

		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. 3. Monitorowanie skuteczności terapii 1) ocena skuteczności (w oparciu o aktualne kryteria RECIST) - co 3 miesiące: a) wskaźniki efektywności: – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR), – czas trwania odpowiedzi (DOR), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS), – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL) na podstawie dostępnych, standardowych kwestionariuszy. b) oczekiwane korzyści zdrowotne dla <i>selperkatynibu</i> (wg badania rejestracyjnego): – mediana OS ok 33,25 miesięcy, – prawdopodobieństwo OS w punktach czasowych dla: i. 12 miesięcy: 87%, ii. 18 miesięcy: 77%, iii. 24 miesiące: 77%, – ORR = 69%, – prawdopodobieństwo DOR (mediana DOR nie została osiągnięta w trakcie trwania badania), w punktach czasowych dla: i. 6 miesięcy: 32%, ii. 6-12 miesięcy: 31%, iii. 12-18 miesięcy: 24%,
--	--	--

		iv. 18-24 miesięcy: 8%, v. ≥ 24 miesięcy: 4%, – prawdopodobieństwo PFS (mediana PFS nie została osiągnięta w trakcie trwania badania) w punktach czasowych dla: i. 12 miesięcy: 77%, ii. 18 miesięcy: 68 %, iii. 24 miesiące: 61%, – poprawa lub stabilizacja we wszystkich domenach HRQoL; 2) ocena bezpieczeństwa terapii a) monitorowanie częstość występowania działań niepożądanych. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR), – czas trwania odpowiedzi (DOR), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS), – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL);
--	--	--

		3) w przypadku wyłączenia pacjenta z programu – przekazywanie informacji czy powodem zakończenia była progresja choroby czy inne kryteria zgodnie z punktem 3. Kryteria wyłączenia - dotyczy selperkatynibu; 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

Załącznik B.109.

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBAH METABOLICZNYCH (E 71.1, E 71.3, E 72.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, których leczenie L-karnityną było finansowane w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego 1. Kryteria kwalifikacji 1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynurii oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. 1.2. Acyduria glutarowa I (GA I) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną	Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną. Dawki L-karnityny należy dostosowywać indywidualnie do określonej jednostki chorobowej, wieku, masy ciała i stanu klinicznego pacjenta oraz do bieżącego stężenia wolnej karnityny we krwi. Okresowo – w zależności od sytuacji klinicznej – może występować konieczność zwiększenia dawki nawet do poziomu maksymalnego (stan dekompensacji) lub redukcji nawet do poziomu 0 (w sytuacji wyrównania metabolicznego). Każdorazowo o zmianie dawkowania L-karnityny decyduje lekarz prowadzący. 1. Dawkowanie 1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. 1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)	Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych. 1. Badania przy kwalifikacji: 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizyczne); 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 (fizyczne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.

zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. 1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii izowalerianowej (IVA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. 1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii metylomalonowej (MMA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. 1.5. Acyduria propionowa (PA) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii propionowej (PA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. 1.6. Zaburzenia spalania długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2 Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficytu CACT, lub deficytu CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. 1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniolącuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)	Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. 1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. 1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. 1.5. Acyduria propionowa (PA) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. 1.6. Zaburzenia spalania długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2 Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. 1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniolącuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)	3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	---	--

Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. 1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie pierwotnego deficytu karnityny (CUD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. 1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. 2. Określenie czasu leczenia w programie Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultraradkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę	Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. 1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD) Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.	
--	--	--

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 - rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami <i>International Neuroblastoma Staging System</i> (INSS); - zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: - stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania lub	Dawkowanie: Dawkowanie dinutuksymabu beta odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego, obowiązującej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu (art.24 ust.1 pkt.1). Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m²/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni. U pacjentów z chorobą pierwotnie oporną na leczenie i/lub progresją lub wznową choroby oraz u pacjentów, którzy nie uzyskali całkowitej remisji po leczeniu pierwszej linii, dinutuksymab beta należy rozważyć podawanie tego produktu w skojarzeniu z interleukiną-2 (IL-2), zgodnie z	A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii - pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej – w okresie maksymalnie 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dinutuksymabem beta obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: - badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), - ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, - ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub badanie PET),

b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku >12 miesięcy w momencie rozpoznania; 3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych; 4) wiek ≥ 12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii; 5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia; 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu); 7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta; 8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie; 9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV); 10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu. A.2. Kryteria wyłączenia z programu 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);	opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta. Równolegle z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.	d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $> 60\%$), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SATO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC $> 500/\mu\text{l}$; stabilna liczba płytek $> 20.000/\mu\text{l}$ oraz Hb $> 8.0 \text{ g/dl}$; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR, f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu, h) badanie EEG, i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, j) zdjęcie klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2. A.2. Monitorowanie leczenia
--	--	---

- 2) ciąża i karmienie piersią;
- 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu;
- 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami;
- 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia;
- 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);
- 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.

A.3. Określenie czasu leczenia według programu

Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu.

A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie

- 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:
 - a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,
 - b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,
 - c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,

- 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:
 - a) odpowiednia saturacja krwi (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem,
 - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 500/\mu\text{l}$, liczba płytek krwi $\geq 20\,000/\mu\text{l}$, hemoglobina >8,0 g/dl, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych,
 - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
 - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
 - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
 - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
 - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
 - d) układ krzepnięcia: 1 doba,
 - e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2,
 - f) EKG w 1 i 11 dobie,
 - g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego

d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii, 2) wskazania do przerywania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną): a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3 stopnia, f) kardiotoxyczność ≥ 3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥ 3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥ 3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego		cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego; 3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET) tylko w przypadku podejrzenia progresji lub wznowy choroby. B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii 1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej, ale dokonana co najmniej 8 tygodni w przypadku scyntygrafii, a 6 tygodni dla innych badań przed planowanym rozpoczęciem leczenia - obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),
--	--	---

Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych).

B.1. Kryteria kwalifikacji

- 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS);
- 2) wiek ≥ 12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii;
- 3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, lub
stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka progresji lub wznowy choroby, u których uzyskano co najmniej stabilizację choroby po kolejnej linii chemioterapii indukcyjnej i przeprowadzono co najmniej jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący, lub
stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania, lub
stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka;

- b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy,
 - c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub PET),
 - d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,
 - e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężenia katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;
- 2) ocena funkcji narządów:
- a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG,
 - b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $>60\%$), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,
 - c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC $>500/\mu\text{l}$; stabilna liczba płytek $>20.000/\mu\text{l}$ oraz Hb $>8.0 \text{ g/dl}$; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,
 - e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR,
 - f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,
 - g) ocena słuchu,

- 4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie;
- 5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią;
- 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu);
- 7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV);
- 8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia;
- 9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.

Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.

B.2. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);
- 2) ciąża i karmienie piersią;
- 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu;
- 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami;
- 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia;
- 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);

- h) badanie EEG,
- i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,
- j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2.

B.2. Monitorowanie leczenia

- 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów; a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:
 - a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,
 - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 500/\mu\text{l}$, liczba płytek krwi $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$, hemoglobina >8,0 g/dl,
 - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
 - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
 - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
 - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
 - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
 - d) układ krzepnięcia: 1 doba,

7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. B.3. Określenie czasu leczenia według programu Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwnowotworowego, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przeziąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii. 2) wskazania do 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 żrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego; 3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET). C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy); 2) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu); 3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja; 4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy
--	--	--

a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3 stopnia, f) kardi toksyczność ≥ 3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥ 3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥ 3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.		mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 5) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $>60\%$), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR; 6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku; 7) ocena słuchu; 8) badanie EEG; 9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV; 10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej); 11) ocena hormonów tarczycy; 12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).
--	--	---

		D. Monitorowanie efektów leczenia po zakończeniu immunoterapii Co 12 miesięcy od zakończenia immunoterapii przez okres 5 lat informacja o progresji lub wznowie choroby. E. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”; 2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 4) zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych; 5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”.
--	--	---

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 - objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH); - stężenie IGF-1 poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego; - potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie: - u osób dorosłych i u młodzieży po zakończonym procesie wzrastania (wiek kostny starszy niż 14 lat u dziewcząt i 16 lat u chłopców), zarówno nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult-onset GHD – AO-GHD), jak i leczonych w dzieciństwie z powodu GHD (childhood-onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanego GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu niedoboru co najmniej kortyzolu i L-tyroksyny),	1. Dawkowanie Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-1,0 mg.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia - ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; - pomiar ciśnienia tętniczego krwi; - morfologia krwi z rozmazem; - ocena stężenia 25OHD oraz jonogramu surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); - ocena stężenia IGF-1; - ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub wykonanie testu doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; - ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; - ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384]; - oznaczenie stężenia TSH i FT4; - u osób nieprzyjmujących substytucji hormonalnej osi kortykotropowej - pomiar stężenia kortyzolu w godzinach

b) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzenia przyczyny organicznej i/lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstąpienie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-1; 4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności badania MR okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub badania TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny programu B.111 decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego; 2) ciężkie stany zagrażające życiu; 3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH; 4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-1, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie); 5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia; 6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.		porannych, a w przypadku obniżonego wyniku - oznaczenie stężenia kortyzolu w teście stymulacyjnym po podaniu syntetycznego ACTH lub glukagonu. W przypadku osób przyjmujących substytucję hormonalną (prep. hydrocortisonum) - oznaczenie stężenia kortyzolu po 2 godzinach od przyjęcia porannej dawki leku; 11) u osób stosujących substytucję w zakresie hormonów płciowych oznaczenie poziomu estrogenów u kobiet; 12) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu; podstawowym testem powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z arginina; 13) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (badanie MR lub TK z kontrastem); 14) badanie USG jamy brzusznej; 15) wykonanie EKG, ewentualnie badanie USG serca; 16) badanie dna oka; 17) badanie gęstości mineralnej kości metodą DXA [odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz densytometria całego ciała (total body) z oceną składu ciała]; 18) u pacjentów < 18 rż. - ocena wieku kostnego na podstawie badania radiologicznego kośćca nadgarstka i ręki niedominującej. 19) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. 2. Monitorowanie leczenia 1) po 4-6 tygodniach od rozpoczęcia terapii:
--	--	---

		a) pomiar stężenia IGF-1 w celu ustalenia dawki optymalnej (dalsze monitorowanie co 6 tygodni w przypadku zmiany dawki); 2) co 6 miesięcy: a) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji, b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi, c) ocena stężenia 25OHD oraz jonogramu w surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca), d) określenie odsetka HbA1c, e) ocena stężenia IGF-1, f) oznaczenie stężenia TSH i FT4, g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu, h) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL), i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 3) dodatkowo co 2 lata: a) badanie gęstości mineralnej kości metodą DXA [odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz densytometria całego ciała (total body) z oceną składu ciała]. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,
--	--	---

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

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) <i>iwakaftorem w monoterapii</i>, 2) <i>lumakaftorem/ iwakaftorem</i>, 3) <i>tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</i>, 4) <i>eleksakaftorem/ tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</i>, 5) <i>wanzakaftorem/ tezakaftorem/ deutiwakaftorem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy; 2) pisemna zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta na udział w programie; 3) zgoda na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części	1. Dawkowanie 1.1. Iwakaftor w monoterapii 1.1.1. wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥ 7 kg do <14 kg Granulat zawierający 50 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcz. 1.1.2. wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥ 14 kg do <25 kg Granulat zawierający 75 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcz. 1.1.3. wiek 6 lat i powyżej oraz masa ciała ≥ 25 kg Dawka poranna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. Dawka wieczorna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. 1.2. Lumakaftor/ iwakaftor 1.2.1. wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała <14 kg Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1.1. W okresie do 1 tygodnia przed rozpoczęciem leczenia: 1) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2) badanie kwestionariuszowe w kierunku depresji i lęku - wypełnienie formularza PHQ-9 oraz GAD-7: – samodzielnie przez pacjentów powyżej 12 r.ż., – przez jednego z opiekunów w przypadku pacjentów w wieku od 2 do 12 r.ż. 1.2. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia: 1) test potowy; 2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej; 5) oznaczanie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 6) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła;

Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy (pacjent powinien zostać włączony do rejestru mukowiscydozy nie później niż 12 miesięcy od włączenia do programu); 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia 1.2.1. pacjentów z mukowiscydozą iwakaftorem w monoterapii 1) wiek 12 miesięcy i powyżej; 2) potwierdzone wystąpienie jednej z poniżej wymienionych mutacji, w przynajmniej 1 allelu genu CFTR: mutacja bramkująca genu CFTR (klasy III): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N lub S549R. 1.2.2. pacjentów z 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 płwociny lub wymazu z gardła; 3) badania wykonywane po 12, 24, 36 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny; 4) badania wykonywane co 48 tygodni (+/- 14 dni), po 48 tygodniu od rozpoczęcia leczenia: a) test potowy,
--	---	---

R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G i 3849+10kbC→T. 1.2.4. pacjentów z mukowiscydozą eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) co najmniej jedna mutacja F508del genu mukowiscydozowego przezłonowego regulatora przewodnictwa. 1.2.5. pacjentów z mukowiscydozą wanzakaftorem/ tezakaftorem/ deutiwakaftorem 1) wiek 6 lat i powyżej; 2) co najmniej jedna mutacja inna niż klasy I genu mukowiscydozowego przezłonowego 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 trzysobowego konsylium lekarskiego; 2) stan po przeszczepieniu płuc;	1.4.1. wiek 2 do < 6 lat oraz masa ciała 10 kg do <14 kg Dawka poranna: 1 saszetka granulatu zawierająca 60 mg iwakaftoru, 40 mg tezakaftoru i 80 mg eleksakaftoru. Dawka wieczorna: 1 saszetka granulatu zawierająca 59,5 mg iwakaftoru. 1.4.2. wiek 2 do < 6 lat oraz masa ciała ≥14 kg Dawka poranna: 1 saszetka granulatu zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru. Dawka wieczorna: 1 saszetka granulatu zawierająca 75 mg iwakaftoru. 1.4.3. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała < 30 kg Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 37,5 mg iwakaftoru, 25 mg tezakaftoru i 50 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 75 mg iwakaftoru. 1.4.4. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała ≥ 30 kg Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. 1.4.5. wiek 12 lat i powyżej Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.	b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu), c) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny, e) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż; 5) badania wykonywane na każdej wizycie: a) pomiar ciśnienia tętniczego na każdej wizycie kontrolnej – dotyczy wyłącznie leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem. b) pomiar masy i wysokości ciała oraz wskaźnika BMI z oceną wartości centylowych. Po każdych 48 tygodniach leczenia powyższymi terapiami należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności w odniesieniu do parametrów zmierzonych przed rozpoczęciem leczenia. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. <u>Wskaźniki efektywności mierzone po każdych 48 tygodniach leczenia (+/- 14 dni):</u> 1) ocena funkcji płuc na podstawie badań spirometrycznych, u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje
--	---	---

3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy lub 3-krotnie większa od górnej granicy normy z jednoczesnym podwyższeniem stężenia bilirubiny 2-krotnie powyżej górnej granicy normy (po zmniejszeniu i ustabilizowaniu aktywności tych parametrów, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego); 4) 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	1.5. Wanzakaftor/ tezakaftor/ deutiwakaftor 1.5.1. wiek 6 lat i powyżej oraz masa ciała <40 kg 3 tabletki zawierające 4 mg wanzakaftoru, 20 mg tezakaftoru i 50 mg deutiwakaftoru. 1.5.2. wiek 6 lat i powyżej oraz masa ciała ≥40 kg 2 tabletki zawierające 10 mg wanzakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 125 mg deutiwakaftoru. 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.
--	--	--

skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
--	--	--

Załącznik B.113.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAМИ NEREK (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>ketoanalogami aminokwasów</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) przewlekła choroba nerek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO; 2) brak rozpoczętego leczenia nerkozastępczego, przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego; 3) brak cech niedożywienia – uzyskana ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>); 4) spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą wywiadu dietetycznego; 5) brak udokumentowanych zaburzeń metabolizmu aminokwasów; 6) wykluczenie hiperkalcemii; 7) wykluczenie istotnych chorób towarzyszących (złe kontrolowana cukrzyca – HbA1c.>7,5%, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);	1. Dawkowanie Zalecana dawka leku Ketosteril wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku Ketosteril. Od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi od 0,4 g/kg m.c./dobę do 0,8 g/kg m.c./dobę.	1. Badania przy kwalifikacji do programu 1) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi i eGFR; 2) oznaczenie stężenia mocznika i kwasu moczowego w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia wapnia, sodu i potasu w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 5) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 6) ocena dobowego spożycia białka w wywiadzie dietetycznym. 2. Monitorowanie leczenia Co miesiąc, przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące: 1) ocena dobowego spożycia białka w wywiadzie dietetycznym; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi i eGFR; 3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi. Po każdym roku leczenia <i>ketoanalogami aminokwasów</i> należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności. <u>Wskaźniki efektywności:</u>

8) wiek 18 lat i powyżej; 9) nieobecność innych istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, z wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu określenia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego; 2) wystąpienie nietolerancji leczenia bądź objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO; 4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka	1) hamowanie progresji choroby na podstawie eGFR i stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 2) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 3) stężenie elektrolitów w surowicy krwi; 4) stężenie mocznika i kwasu moczowego w surowicy krwi. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	---

wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości do poziomu 0,8 g/kg m.c./dobę; 5) nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, dotyczących okresowych badań kontrolnych; 6) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>) bądź anoreksji.		
--	--	--

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 <i>midostauryną</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> (pacjenci z mutacją <i>FLT3</i>), albo b) leczenie <i>gemtuzumabem</i> <i>ozogamycyny</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> (bez względu na status mutacji <i>FLT3</i>), albo c) leczenie <i>wenetoklaksem</i> w skojarzeniu z <i>azacytydyną</i> (bez względu na status mutacji <i>FLT3</i>), albo d) leczenie <i>iwosydenibem</i> w skojarzeniu z <i>azacytydyną</i> (pacjenci z mutacją <i>IDH1</i>); 2) w leczeniu podtrzymującym po terapii indukującej albo indukującej i konsolidującej u chorych na ostrą białaczkę szpikową: a) leczenie <i>azacytydyną</i> doustną w monoterapii; 3) w 2. i kolejnych liniach leczenia: a) leczenie <i>gilterytynibem</i> w monoterapii (pacjenci z mutacją <i>FLT3</i>).	1. Dawkowanie leków w terapii 1.1. <i>midostauryną</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> 1.1.1. Leczenie indukujące <u>Pierwszy cykl:</u> <i>Midostauryna</i> – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu. <i>Daunorubicyna</i> – dawka 60 mg/m² pc./dobę podawana w infuzji dożyłnej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu. <i>Cytarabina</i> – dawka 100-200 mg/m² pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożyłnej w okresie od 1. do 7. dnia cyklu. <u>Drugi cykl:</u> Jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego wraz z <i>midostauryną</i> (dawkowanie 2-go cyklu takie samo jak dla pierwszego cyklu lub z wyższymi dawkami <i>cytarabiny</i>).	1. Badania przy kwalifikacji 1.1. Badania przy kwalifikacji do 1. linii leczenia oraz do 2. i kolejnych linii leczenia ostrej białaczki szpikowej 1) badania potwierdzające rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej (biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej, badanie immunofenotypowe, badanie cytogenetyczne lub badania molekularne), w tym: a) potwierdzające obecność mutacji <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]) – w przypadku terapii <i>midostauryną</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> oraz <i>gilterytynibem</i> w monoterapii. U chorych z opornością na leczenie, którzy kwalifikowani są do leczenia <i>gilterytynibem</i> możliwe jest uwzględnienie badania immunofenotypowego i badania mutacji <i>FLT3</i> wykonanych przed rozpoczęciem leczenia indukującego),

1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 2) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 3) stan sprawności według ECOG: 0-2, jeśli ECOG 2 wynika z aktywności ostrej białaczki przed rozpoczęciem leczenia 1. linii (za wyjątkiem kwalifikacji do terapii <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i> – pkt. 1.2.3.4.b oraz za wyjątkiem kwalifikacji do terapii <i>iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną</i> – pkt 1.2.4.5.b); 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 7) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne ekspertów European LeukemiaNet; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii	1.1.2. Leczenie konsolidujące U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 3 do 4 cykli leczenia konsolidującego: Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia każdego cyklu. Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m² (500-1000 mg/m², jeśli chory ≥60 lat), w 3-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/m² pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w infuzji w 1., 4. i 7. dniu. Gemtuzumab może być również stosowany w jednorazowym podaniu tylko w dniu 1. cyklu indukującego zgodnie z zaleceniami European LeukemiaNet. Daunorubicyna – dawka 60 mg/m² pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia. Cytarabina – dawka 100-200 mg/m² pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia. <u>Drugi cykl:</u> Jeżeli konieczny jest drugi cykl leczenia indukującego, gemtuzumabu ozogamycyny nie	b) badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych – w przypadku terapii <i>gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i>, c) potwierdzające obecność mutacji R132 w genie <i>IDH1</i> – w przypadku terapii <i>iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną</i>; 2) ocena stanu ogólnego (ECOG); 3) ocena chorób współistniejących (HCT-CI); 4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia sodu, f) oznaczenie stężenia potasu, g) oznaczenie stężenia wapnia, h) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, i) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, j) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), k) oznaczenie APTT, l) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) lub INR,
--	---	---

1.2.1. midostauryng w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa; 3) udokumentowana obecność mutacji genu <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]); 4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej. 1.2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) wiek 15 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca <i>de novo</i> z ekspresją antygenu CD33 na komórkach blastycznych; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej; 4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej; 5) potwierdzone cytogenetycznie korzystne lub pośrednie czynniki rokownicze (dopuszczalne jest włączenie do terapii indukującej chorych z niemożliwym do oceny ryzykiem cytogenetycznym wynikającym ze złej jakości materiału diagnostycznego, tj. braku podziałów komórkowych, pod warunkiem, że w badaniach molekularnych wykluczono u pacjenta obecność niekorzystnych czynników rokowniczych); 6) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki szpikowej wtórnej (po zespole mielodysplastycznym [MDS; ang. myelodysplastic syndrom] lub przewlekłych zespołach mieloproliferacyjnych) oraz ostrej białaczki szpikowej zależnej od chemio- lub radioterapii. 1.2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca <i>de novo</i> lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO;	należy podawać podczas tego cyklu. Podczas drugiego cyklu leczenia indukującego należy podawać wyłącznie daunorubicynę i cytarabinę w następującym zalecanym schemacie dawkowania: Daunorubicyna – dawka 60 mg/m² pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu. Cytarabina – dawka 1000 mg/m² pc. (500-1000 mg/m², jeśli chory ≥60 lat) podawana w 3-godzinny wlew dożylny, co 12 godzin w okresie od 1. do 3. dnia cyklu. 1.2.2. Leczenie konsolidujące U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 2 do 4 cykli leczenia konsolidującego: Gemtuzumab ozogamycyny – dawka 3 mg/m² pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli). Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m² (500-1000 mg/m², jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinny wlew dożylny, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu. 1.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną Wenetoklaks – podawany doustnie według poniższego schematu dawkowania: Dzień 1: 100 mg/dobę; Dzień 2: 200 mg/dobę; Dzień 3 i kolejne: 400 mg/dobę.	m) oznaczenie stężenia fibrynogenu, n) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 5) elektrokardiografia (EKG); 6) ECHO serca (do decyzji lekarza); 7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza); 8) punkcja łędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN); 9) dodatkowo w przypadku terapii wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną: a) oznaczenie eGFR, b) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb); 10) dodatkowo w przypadku terapii gilterytynibem w monoterapii: a) oznaczenie stężenia magnezu, b) oznaczenie kinazy fosfokreatynowej, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej (ALP). 1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia podtrzymującego doustną azacytydyną 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 3) badanie potwierdzające remisję choroby – biopsja aspiracyjna szpiku (badanie powinno być wykonane w ciągu nie więcej niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia).
--	---	--

3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego, np. hydroksymocznikiem, przygotowującego pacjenta do leczenia <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i>); 4) niekwalifikowanie się do standardowej chemioterapii indukującej, definiowane jako: a) wiek 75 lat i powyżej, lub b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej: – ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących), – wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa $\leq 50\%$ lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, – zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO $\leq 65\%$ lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 $\leq 65\%$, – klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, – umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny $>1,5$ do ≤ 3 ULN, – jakiegokolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii dające w skali indeksu chorób współistniejących (HCT-CI) ≥ 3 punktów lub w skali oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) <6 punktów. 1.2.4. iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego, np. hydroksymocznikiem, przygotowującego pacjenta do leczenia);	W trakcie leczenia wenetoklaksem należy stosować profilaktykę zespołu rozpadu guza (TLS – Tumor Lysis Syndrome), zgodnie z opisem zawartym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku jednoczesnego stosowania leków będących silnymi lub umiarkowanymi inhibitorami CYP3A należy zmodyfikować dawkę wenetoklaksu zgodnie z zapisami w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Azacytydyna – dawka 75 mg/m² pc. podawana podskórnie lub dożylnie w dniach od 1-7 każdego 28-dniowego cyklu, począwszy od 1. dnia pierwszego cyklu. 1.4. iwosydenib w skojarzeniu z azacytydyną Każdy cykl trwa 28 dni. Iwosydenib – zalecana dawka wynosi 500 mg (2 tabletki po 250 mg) podawana doustnie 1 raz na dobę. Leczenie iwosydenibem należy rozpocząć w dniu 1. cyklu 1. w skojarzeniu z azacytydyną. Azacytydyna – dawka 75 mg/m² pc. podawana podskórnie lub dożylnie 1 raz na dobę w dniach od 1. do 7. dnia każdego cyklu. 1.5. azacytydyną doustną w monoterapii Azacytydyna – zalecana dawka 300 mg podawana doustnie 1 raz na dobę w dniach 1-14 każdego 28-dniowego cyklu. W przypadku nawrotu choroby, gdy odsetek blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym wynosi 5–15%, należy, po wykonaniu oceny klinicznej,	2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia w przypadku terapii 2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim, jeżeli był podany) cyklu indukującym; 2) morfologia krwi z rozmazem – co najmniej 2 razy w tygodniu w trakcie terapii indukującej, raz na tydzień w trakcie terapii konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi; 3) raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia sodu, c) oznaczenie stężenia potasu, d) oznaczenie stężenia wapnia, e) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, f) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), h) oznaczenie APTT, i) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);
---	--	---

4) udokumentowana obecność mutacji R132 w genie kodującym dehydrogenazę izocytrynianu 1 (<i>IDH1</i>); 5) niekwalifikowanie się do standardowej chemioterapii indukującej, definiowane jako: a) wiek 75 lat i powyżej, lub b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej: – ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących), – wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa $\leq 50\%$ lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, – zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO $\leq 65\%$ lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 $\leq 65\%$, – klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, – umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny $>1,5$ do ≤ 3 ULN, – jakiegokolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii w ocenie lekarza prowadzącego. 1.2.5. azacytydyną doustną w monoterapii 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ostra białaczka szpikowa w potwierdzonej pierwszej całkowitej remisji lub potwierdzonej remisji z niepełną regeneracją morfologii krwi po chemioterapii indukującej albo indukującej i konsolidującej; 3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych lub brak zgody pacjenta na taką procedurę. 1.2.6. gilterytynibem w monoterapii	rozważyć wydłużenie schematu dawkowania z 14 do 21 dni powtarzającego się 28-dniowego cyklu. Produktu leczniczego nie należy podawać dłużej niż 21 dni w ciągu każdego 28-dniowego cyklu. Azacytydyny doustnej nie należy podawać zamiennie z azacytydyną w formie wstrzyknięć. 1.6. gilterytynibem w monoterapii Gilterytynib – zalecana dawka początkowa 120 mg podawana doustnie raz na dobę. W przypadku braku odpowiedzi (pacjent nie osiągnął CRc – złożonej całkowitej remisji) po 4 tygodniach leczenia można zwiększyć dawkę do 200 mg raz na dobę, jeżeli leczenie jest tolerowane lub uzasadnione klinicznie. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – elektrokardiografia (EKG); 2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z morfologią krwi z rozmazem i oceną odpowiedzi na leczenie po każdym leczeniu indukującym i konsolidującym; 2) pomiędzy 10. a 14. dobą od podania ostatniej dawki gemtuzumabu ozogamycyny w cyklu indukującym i konsolidującym lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: a) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie APTT, d) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) lub INR; 3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – elektrokardiografia (EKG); 2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną 1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 1 cyklu, a w przypadku braku całkowitej remisji, ponowna biopsja po 2. cyklu, a następnie co 2 kolejne
--	--	---

1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ostra białaczka szpikowa ze stwierdzoną: a) opornością na leczenie (brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną po co najmniej jednym cyklu terapii indukującej), lub b) nawrotem po leczeniu ostrej białaczki szpikowej - wymagane potwierdzenie w nawrocie obecności mutacji <i>FLT3</i>, tj. <i>FLT3-ITD</i>, <i>FLT3-TKD/D835</i> lub <i>FLT3-TKD/I836</i> z materiału ze szpiku kostnego lub krwi lub ogniska pozaszpikowego. W przypadku oporności choroby nie ma konieczności powtarzania badania mutacji <i>FLT3</i>. 1.3. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) leczenie indukujące – to maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego w połączeniu z midostauryną);		cykle aż do uzyskania całkowitej remisji. Po uzyskaniu całkowitej remisji kontrola hematologiczna zgodnie ze schematem monitorowania leczenia, a kolejna biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia progresji; 2) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz przez okres dostosowania dawki: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu, e) oznaczenie stężenia fosforanów, f) oznaczenie stężenia wapnia, g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia potasu, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 2.4. iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną
--	--	---

2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach indukujących, kontynuacja leczenia w postaci leczenia konsolidującego – od 3 do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy. U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT. 2.2. <i>gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i> 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. <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i> 1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. 2.4. <i>iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną</i>		1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach (± 1 cykl) i po 6 cyklach (± 1 cykl) oraz zawsze w przypadku podejrzenia progresji lub decyzji lekarza prowadzącego; 2) co najmniej 1 raz w tygodniu w pierwszym miesiącu leczenia, raz na 2 tygodnie w drugim miesiącu leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczanie stężenia potasu w surowicy krwi, d) oznaczanie stężenia magnezu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, f) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) co najmniej 1 raz w tygodniu przez pierwsze 3 tygodnie leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego cyklu, oraz dodatkowo w razie wskazań klinicznych – elektrokardiografia (EKG); 2.5. <i>azacytydyną doustną w monoterapii</i> 1) biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia nawrotu/progresji choroby lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi;
--	--	---

- 1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

2.5. *gilterytynibem w monoterapii*

- 1) leczenie powinno być prowadzone do czasu, kiedy pacjent odnosi korzyści kliniczne z leczenia gilterytynibem lub do momentu wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności. Odpowiedź na leczenie może być opóźniona, dlatego należy rozważyć kontynuowanie stosowania zalecanej dawki do 6 miesięcy, aby zapewnić czas na odpowiedź kliniczną (bez progresji choroby). U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie gilterytynibem należy przerwać na jeden tydzień przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT.

Kontynuacja leczenia gilterytynibem (tzw. terapia podtrzymująca) u pacjentów po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) nie jest możliwa w ramach programu lekowego.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności terapii definiowany jako:
- a) brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego (brak skuteczności terapii) albo progresja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii konsolidującej – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* albo *gemtuzumabem ozogamycyną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*,
 - b) progresja choroby w trakcie leczenia – w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *gilterytynibem w monoterapii* (pomimo zwiększenia dawki gilterytynibu);

- 2) morfologia krwi z rozmazem – co drugi tydzień przez pierwsze 2 cykle leczenia (56 dni), a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia.

W przypadku modyfikacji dawki leku konieczne dodatkowe monitorowanie morfologii co drugi tydzień przez następne 2 cykle leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

2.6. *gilterytynibem w monoterapii*

- 1) biopsja aspiracyjna szpiku lub trepanobiopsja szpiku w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej w pierwszym tygodniu 2. miesiąca, a następnie po 6 miesiącach leczenia;
- 2) w 3. tygodniu podawania leku, a następnie raz w miesiącu:
- a) morfologia krwi z rozmazem,
 - b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - c) oznaczenie stężenia potasu,
 - d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - f) oznaczenie stężenia magnezu,
 - g) oznaczenie kinazy fosfokreatynowej,

c) progresja choroby w trakcie leczenia (tj. ponad 15% blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym) – w przypadku terapii <i>azacytydyną doustną w monoterapii</i>; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego; 7) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) – w przypadku terapii <i>midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i> lub <i>gilterytynibem w monoterapii</i>.		h) oznaczenie fosfatazy alkalicznej (ALP); 3) w 2. i 3. tygodniu po rozpoczęciu leczenia oraz przed rozpoczęciem lub w pierwszym tygodniu każdego z trzech kolejnych miesięcy leczenia – elektrokardiografia (EKG). Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
---	--	---

		a) całkowita odpowiedź (CR), w tym CRh (CR z częściową odnową hematopoezy) i CRi (CR z niepełną odnową hematopoezy), b) częściowa odpowiedź (PR), c) choroba stabilna (SD), d) brak odpowiedzi (NR), e) progresja choroby (PD), f) przeżycie bez progresji choroby (PFS), g) przeżycie wolne od zdarzeń (EFS) tj. niepowodzenia leczenia, nawrotu po remisji lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpiło wcześniej – jedynie dla terapii <i>iwosydenib w skojarzeniu z azacytydyną</i>; h) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

Załącznik B.115.

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANE POSTACIE MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego dorosłym chorym na zaawansowane postacie mastocytozy układowej udostępnia się poniższe terapie, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>: 1) w 1. lub kolejnych liniach leczenia – <i>midostauryną</i>; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – <i>awaprytynibem</i>. 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. <i>aggressive systemic mastocytosis</i> – ASM), mastocytoza układowa ze współistniejącym nowotworem układu mieloidalnego lub chłonnego (ang. <i>systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm</i> – SM-AHN) lub białaczka mastocytowa (ang. <i>mast cell leukemia</i> – MCL) – zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (<i>World Health Organization</i>); 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) obecność co najmniej jednego z poniższych objawów wynikających z nacieku komórkami tucznyymi: a) neutropenia $<1 \times 10^9/L$ lub niedokrwistość $<10 \text{ g/dL}$ lub małopłytkowość $<100 \times 10^9/L$,	1. Dawkowanie 1.1. <i>midostauryna</i> Zalecana dawka 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. <i>awaprytynib</i> 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.	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 <i>KIT</i>; 3) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę; 4) ocena stanu ogólnego według skali ECOG; 5) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi, g) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, h) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, i) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, j) oznaczenie stężenia albumin,

b) powiększona wątroba z wodobrzuszem lub zwiększoną aktywnością transaminaz lub nadciśnieniem wrotnym, c) splenomegalia z hipersplenizmem, d) zaburzenia wchłaniania z hipoalbuminemią i ewentualną utratą wagi ciała, e) rozległe zmiany osteolityczne (≥ 2 cm) lub patologiczne złamania kości; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii – <i>midostauryna</i> 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 2) brak wcześniejszego leczenia ogólnoustrojowego ASM, SM-AHN lub MCL lub po zastosowaniu wcześniejszego leczenia ogólnoustrojowego; 3) nieobecność objawowej zastoinowej niewydolności serca. 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii – <i>awaprytynib</i>		k) oznaczenie APTT, l) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), m) oznaczenie stężenia fibrynogenu, n) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi, o) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 6) elektrokardiografia (EKG); 7) ECHO serca – w przypadku wywiadu kardiologicznego lub zmian w EKG. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem: a) wykonywana przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych – w przypadku terapii <i>midostauryną</i>, b) wykonywana co 2 tygodnie przez pierwsze 8 tygodni terapii, a następnie co 2-4 tygodnie zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego – w przypadku terapii <i>awaprytynibem</i>; 2) badania wykonywane przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, g) oznaczenie stężenia glukozy we krwi,
---	--	---

1) stan sprawności 0-3 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia ogólnoustrojowego ASM, SM-AHN lub MCL; 3) liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/L$. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. Pacjenci dotychczas zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: D47.9 mogą kontynuować leczenie w programie lekowym do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności terapii definiowany jako: a) brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii według zmodyfikowanych kryteriów Valenta – w przypadku terapii <i>midostauryną</i>, lub		h) oznaczenie APTT, i) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), 3) elektrokardiografia (EKG) – w uzasadnionych przypadkach. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 3.1. w przypadku ASM i SM-AHN: 1) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku wraz z oceną immunofenotypową – badanie wykonywane po 3. cyklu leczenia, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 cykli; 2) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi – badanie wykonywane po 3. cyklu leczenia, a następnie co 3 cykle. 3.2. w przypadku MCL: 1) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku wraz z oceną immunofenotypową – badanie wykonywane po 1. cyklu leczenia, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 cykli; 2) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi – badanie wykonywane po każdym cyklu leczenia przez pierwsze 6 cykli, a następnie co każde kolejne 3 cykle. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
--	--	--

b) progresja choroby w trakcie leczenia według zmodyfikowanych kryteriów IWG-MRT-ECNM (<i>modified International Working Group-Myeloproliferative Neoplasms Research and Treatment & European Competence Network on Mastocytosis</i>) – w przypadku terapii <i>midostauryną</i> lub <i>awaprytynibem</i>; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) poprawa kliniczna (CI), d) choroba stabilna (SD), e) progresja choroby (PD), f) przeżycie bez progresji choroby (PFS), g) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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 Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla; 2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI; 3) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 4) badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania laboratoryjne: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,

9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych lub niedoborów immunologicznych, które wymagały leczenia immunosupresyjnego; 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem terapii awelumabem; 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C; 12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach: a) liczba leukocytów $\geq 3 \times 10^9/l$, b) liczba neutrofilów $\geq 1,0 \times 10^9/l$, c) liczba płytek krwi $\geq 100 \times 10^9/l$, d) stężenie hemoglobiny $\geq 9 \text{ g/dl}$, e) stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1,5 \times \text{GGN}$ (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa f) aktywność AST/ALT $\leq 2,5 \times \text{GGN}$ u chorych bez przerzutów do wątroby i $\leq 5 \times \text{GGN}$ u chorych z przerzutami 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym; 14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii są kwalifikowani również pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie awelumabem przed dniem wejścia w życie programu lekowego i spełniają łącznie następujące kryteria:		2. Monitorowanie leczenia 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI po 6-8 tygodniach leczenia, a następnie nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych; 2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4, 3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie programu 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	--

- leczenie zostało włączone zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta,
- nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu.

–

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub 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 <i>kabozantynibem</i> (druga linia leczenia) zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.). 1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) zmiany nowotworowe możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą tomografii komputerowej (KT) lub rezonansu magnetycznego (MR) według klasyfikacji RECIST; 4) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 5) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. 1.1. Kabozantynib <i>Kabozantynib</i> jest stosowany w dobowej dawce 60 mg bez przerw.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia kabozantynibem 1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny – w surowicy, b) kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT) oraz fosfatazy alkalicznej; 6) oznaczenie białka w moczu; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) scyntygrafia kości; 9) MR lub KT jamy brzusznej i miednicy; 10) RTG lub KT klatki piersiowej; 11) elektrokardiogram (EKG); 12) pomiar ciśnienia tętniczego; 13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 8) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.

1.2. Terapia kabozantynibem

- 1) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytywającej jodu lub progresji pomimo wychwyty jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii, u pacjentów, u których stwierdzono progresję choroby w czasie poprzedniego leczenia systemowego lub po jego zakończeniu;
- 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitora kinaz tyrozynowych;
- 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG.

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia kabozantynibem

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie w surowicy krwi stężenia:
 - a) bilirubiny,
 - b) kreatyniny,
 - c) transaminaz (AspAT, AlAT),
 - d) wapnia,
 - e) TSH;
- 3) oznaczenie białka w moczu;
- 4) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;
- 5) EKG;
- 6) KT lub MR odpowiedniego obszaru ciała;
- 7) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się co 4 tygodnie.

Badania obrazowe (monitorowanie skuteczności leczenia) wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni, a w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych.

Ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby.

1. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

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

3. Kryteria wyłączenia

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;
- 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤ 5 , włączając w to progresję w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 4) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;
- 5) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 wg ECOG;
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek: 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie zespołu miastenicznego Lamberta-Eatona (LEMS) wraz z kompletem badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie; 3) dodatni wynik przeciwciał przeciwko VGCC lub wykazanie cech LEMS w elektrostymulacyjnej próbie męczliwości pod postacią znamiennej torowania; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. 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) oznaczenie przeciwciał anti-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 2) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) AlAT; 5) AspAT; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) badanie EKG; 8) test 6 minutowego chodu; 9) badanie ergometryczne; Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby) dodatkowo: 10) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny); 11) USG lub TK jamy brzusznej. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. raz na 6 miesięcy:

5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz lub Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna); 2) ciąża i karmienie piersią; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia; 4) jednoczesne stosowanie sultoprydu; 5) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT; 6) występowanie wrodzonego zespołu QT; 7) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia; 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		1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) AlAT; 4) AspAT; 5) badanie EKG; 6) test 6 minutowego chodu; 7) badanie ergometryczne; 8) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. 2.2. raz w roku: 1) rtg klatki piersiowej. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących: a) wyników test 6 minutowego chodu oraz badania ergometrycznego przy kwalifikacji; b) wyników test 6 minutowego chodu oraz badania ergometrycznego w trakcie monitorowania programu; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez
---	--	---

lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---------------------------

Załącznik B.122.

LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (ICD-10: D 84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych - 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	1. Dawkowanie lanadelumabu Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie. U pacjentów z dobrą kontrolą choroby (brak objawów HAE przez więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie. W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Do tego czasu pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.	1. Badania przy kwalifikacji 1) stężenie inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 2) aktywność inhibitora C1 esterazy we krwi - badanie wymagane gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 3) stężenie składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 4) stężenie składowej C1q dopełniacza - badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni). Dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił powyżej 40 roku życia; 5) morfologia krwi; 6) badanie ogólne moczu; 7) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); 8) oznaczenie INR; 9) oznaczenie poziomu: a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT),

kluczowych), 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 berotralstatu; 5) kreatynina (eGFR)- dla berotralstatu; 6) oznaczenie INR; 7) badanie ogólne moczu- dla berotralstatu; 8) EKG- w przypadku wskazań klinicznych, dla berotralstatu;
---	--	---

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią. 4. Zamiana terapii W razie wskazań klinicznych lekarz prowadzący, w porozumieniu z Zespołem Koordynującym ds. Chorób Ultrazadkowych, może podjąć decyzję o zmianie terapii z zastosowanego leku na inny dostępny w ramach programu (z lanadelumabu na berotralstat lub z berotralstatu na lanadelumab), z zachowaniem ciągłości leczenia, bez konieczności ponownej kwalifikacji, o ile spełnienie kryteriów zostało już uprzednio potwierdzone.		9) ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego. Badania wykonuje się co 6 miesięcy. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) częstość występowania ataków oraz ich ciężkość, b) konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego. Dane gromadzone są w systemie elektronicznym i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ - w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 2 (częstość występowania ataków, konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej,
--	--	---

		zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.123.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA WILSONA (ICD-10: E83.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona. 1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie choroby Wilsona; 2) wiek ≥ 5 lat; 3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i> i <i>siarczanem cynku</i>; 4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i>. Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	1. Dawkowanie Trientynę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie fizykalne; 2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne); 3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera; 4) badanie ogólne moczu; 5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem; 7) czas protrombinowy (PT); 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby; 12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kaysera-Fleischera. 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) <i>dupilumabem</i>, 2) <i>upadacytynibem</i>, 3) <i>baricytynibem</i>, 4) <i>tralokinumabem</i>, 5) <i>abrocycytynibem</i>, 6) <i>lebrykizumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wieku a) wiek 6 miesięcy i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii <i>dupilumabem</i>, - albo b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii <i>upadacytynibem</i> albo <i>tralokinumabem</i> albo <i>abrocycytynibem</i> albo <i>lebrykizumabem</i>,	1. Dawkowanie 1) <i>dupilumab</i> maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (dwa wstrzyknięcia po 300 mg), a następnie dawka 300 mg co dwa tygodnie, podawane we wstrzyknięciach podskórnych; 2) <i>upadacytynib</i> maksymalna dawka wynosi 30 mg raz na dobę; 3) <i>baricytynib</i> maksymalna dawka wynosi 4 mg raz na dobę; 4) <i>tralokinumab</i> maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg, a następnie dawka 300 mg podawana co dwa tygodnie drogą wstrzyknięcia podskórnego; 5) <i>abrocycytynib</i> maksymalna dawka wynosi 200 mg raz na dobę; 6) <i>lebrykizumab</i> maksymalna dawka wynosi 500 mg zarówno w tygodniu 0. jak i tygodniu 2., a następnie 250 mg podawane podskórnym co dwa tygodnie, do tygodnia 16. Stan niektórych pacjentów z początkową częściową odpowiedzią na leczenie może się dodatkowo poprawić	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi, c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) – w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>; 3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>: a) obecność antygenu HBs, b) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową,

albo c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii <i>baricytynibem</i>; 2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry ($EASI \geq 20$) u pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy i kwalifikują się do leczenia ogólnego oraz, w przypadku osób powyżej 6 r.ż., u których leczenie ogólne lub fototerapia nie były skuteczne, a w przypadku osób powyżej 12 r.ż. spełniają jedno z poniższych kryteriów: a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.: – niepowodzenie immunosupresyjnej terapii ogólnej lub – przeciwwskazania do stosowania immunosupresyjnej terapii ogólnej, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub – wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie immunosupresyjnej terapii ogólnej, b) u osób w wieku 18 lat i powyżej: – niepowodzenie leczenia <i>cyklosporyną</i>, lub – przeciwwskazania do stosowania <i>cyklosporyny</i>, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub – wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia <i>cyklosporyną</i>; 3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Lekczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;	dzięki kontynuacji leczenia co drugi tydzień, do tygodnia 24. Po uzyskaniu odpowiedzi klinicznej zalecana dawka podtrzymująca lebrykizumabu wynosi 250 mg co cztery tygodnie. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lekczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Dopuszczalne jest wydłużenie odstępu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zgodnie z ChPL. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz	c) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) – tylko w przypadku <i>upadacytynibu</i> albo <i>baricytynibu</i> albo <i>abrocycytynibu</i>; 4) badanie ogólne moczu; 5) RTG klatki piersiowej z opisem, maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją (w przypadku pacjentów w wieku od 6 miesięcy do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 6) EKG z opisem (pacjenci w wieku od 6 miesięcy do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 7) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>; 8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI; 10) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., u osób od 4 r.ż. do 18 r.ż. skalą CDLQI, a u osób od 6 mies. do poniżej 4 lat skalą IDQOL; 11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania, a następnie co 3 miesiące (+/- 14 dni): 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika we krwi, c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
--	--	--

4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym; 7) brak aktywnego zakażenia pasożytniczego lub infekcji, która w opinii lekarza jest przeciwwskazaniem do terapii - dotyczy <i>dupilumabu</i>; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są 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 abrocycynibem; 3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 4) ocena skuteczności zastosowanej terapii: a) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI, b) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., u osób od 4 r.ż. do 18 r.ż. skalą CDLQI, a u osób od 6 mies. do poniżej 4 lat skalą IDQOL. 2.2. Monitorowania skuteczności leczenia dokonuje się: 1) po 16 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym, 2) po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym, 3) nie rzadziej niż co 6 miesięcy w przypadku leczenia pacjenta w programie lekowym powyżej 26 tygodni. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków
---	--	--

pacjenta. Miernikiem nieadekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie łącznie wymienionych kryteriów: a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI), oraz b) nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI/CDLQI/IDQOL o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji, oraz c) w przypadku leczenia <i>dupilumabem</i> osób w wieku od 6 do 11 lat brak kwalifikacji do zwiększenia dawki; 2) w przypadku osób w wieku od 6 do 11 lat, u których zwiększono dawkę, brak odpowiedzi ocenianej po maksymalnie 52 tyg. leczenia <i>dupilumabem</i> rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI); 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;		osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia opisanych w pkt 2.1., z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

8) ciąża lub laktacja.

4. Ponowne włączenie do programu

- 1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej ujętej w programie lekowym i zastosowanej zgodnie z treścią programu z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta;
- 2) do programu mogą zostać włączane, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu z powodu ciąży lub laktacji, które w momencie wyłączenia nie spełniały innych kryteriów wyłączenia z programu. Pacjentki te w momencie ponownego włączania do programu nie mogą spełniać żadnego z kryteriów wyłączenia.

Załącznik B.125.

LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO RAKA SKÓRY (ICD-10: C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W programie finansuje się leczenie immunologiczne <i>cemiplimabem</i>. 1. Kryteria kwalifikacji 1) histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym, przy braku kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii; 2) wiek ≥ 18 roku życia; 3) stopień sprawności 0 – 2 według skali ECOG; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Zalecana dawka <i>cemiplimabu</i> wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.	1. Badania przy kwalifikacji 1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym nieresekcyjnym; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie TSH i FT4; 9) test na HCV, HBV; 10) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym całej skóry wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1;

7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO); 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia;		13) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) oznaczenie TSH i FT4; 7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 8) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9 – 12 tygodni. 3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu musi być widoczna skala); 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy – progresję choroby stwierdza się w przypadku:
--	--	---

3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną; 6) związane z leczeniem pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) niestosowanie się do zaleconego schematu dawkowania; c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).		a) zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub b) pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO). W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub regresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
--	--	---

		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

Załącznik B.126.

LECZENIE PACJENTÓW Z AUTOSOMALNIE DOMINUJĄCĄ POSTACIĄ ZWYRODNIENIA WIELOTORBIELOWATEGO NEREK (ICD-10: Q61.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji (łącznie) 1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine); 2) wiek ≥ 18. roku życia; 3) szybka progresja choroby definiowana jako: a) zmniejszenie $eGFR \geq 5$ ml/min na rok oraz $eGFR$ 30- 90 ml/min/1,73 m², lub b) zmniejszenie $eGFR \geq 2,5$ ml/min na rok w okresie 5 lat oraz $eGFR$ 30- 60 ml/min/1,73 m², lub c) wzrost całkowitej objętości nerek TKV > 5% na rok w badaniu rezonansem magnetycznym lub całkowita objętość jednej z nerek TKV > 750 ml w badaniu rezonansem magnetycznym lub długość większej nerki > 16,5 cm w badaniu USG. 2. Określenie czasu leczenia w programie	1. Dawkowanie Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1) $eGFR$; 2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub długość nerek określona na podstawie USG; 3) stężenie bilirubiny całkowitej; 4) aktywność AlAT, AspAT; 5) stężenie elektrolitów w surowicy. 2. Monitorowanie leczenia 1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AlAT, AspAT; 2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i $eGFR$; 3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwwskazania do tego badania; 4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek. 3. Monitorowanie programu

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny; 2) zwiększona aktywność enzymów wątrobowych lub przedmiotowe lub podmiotowe objawy uszkodzenia wątroby, które spełniają kryteria przerwania na stałe leczenia tolwaptanem określone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) uzyskanie eGFR<15ml; 4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia; 5) 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 $\leq 30\ 000/\mu\text{l}$; 5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni eltrombopagiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w pkt. 3.	1. Dawkowanie eltrombopagu Leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki 50 mg raz na dobę. U pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki wynoszącej 25 mg raz na dobę. Osiągnięcie odpowiedzi hematologicznej wymaga stopniowego zwiększania dawki, na ogół do wysokości 150 mg, co może zająć do 16 tygodni od rozpoczęcia leczenia eltrombopagiem. Dawkę należy dostosowywać, w razie konieczności zwiększając ją o 50 mg co 2 tygodnie, aby uzyskać liczbę płytek krwi $\geq 50\ 000/\mu\text{l}$. U pacjentów przyjmujących dawkę 25 mg raz na dobę, przed rozpoczęciem zwiększania dawki o 50 mg, należy zwiększyć dawkę do 50 mg na dobę. Nie należy przekraczać dawki 150 mg na dobę. Należy regularnie monitorować parametry hematologiczne i czynność wątroby przez cały czas trwania leczenia eltrombopagiem i modyfikować dawkowanie eltrombopagu w zależności od liczby płytek krwi, zgodnie z zapisami zawartymi w aktualnej na dzień	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita); 3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS; 4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja; 5) badanie okulistyczne; 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. 2. Monitorowanie leczenia 1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji, b) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki: a) wykonywane co 1 miesiąc;

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia; 3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem; 4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii; 5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5; 6) istotne zwiększenie się aktywności ALAT ($\geq 3 \times$ GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem $\geq 3 \times$ wartość wyjściowa lub $> 5 \times$ GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośrednio, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 7) ciąża; 8) karmienie piersią.	wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym niezależnie od transfuzji, trwającą przynajmniej 8 tygodni: dawkę eltrombopagu można zmniejszyć o 50%. Jeśli liczba komórek nie zmieni się po 8 tygodniach przy zmniejszonej dawce leku, eltrombopag trzeba odstawić i monitorować liczbę komórek krwi (morfologię krwi). Jeśli liczba płytek krwi spadnie do wartości $< 30\ 000/\mu\text{l}$, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do $< 9\text{ g/dl}$ lub całkowita liczba neutrofilów wyniesie $< 0,5 \times 10^9 /\text{l}$, można wznowić leczenie eltrombopagiem we wcześniej stosowanej skutecznej dawce. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	– morfologia krwi z rozmazem, – parametry czynności wątroby (ALAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji); 3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii: a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznymi trepanobiopsja (z oceną włóknienia); 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników: – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie wykonywane co 3 miesiące: a) okresowa kontrola okulistyczna; 6) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym po 3 miesiącach leczenia, a następnie biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja po 9 miesiącach od rozpoczęcia leczenia. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych
--	--	--

		do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

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) <i>giwosyranem sodowym</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji - wiek ≥ 12 lat; - udokumentowana diagnoza ostrej porfirii wątrobowej (AIP – ostra porfiria przerywana, HCP – dziedziczna koproporfiria, VP – porfiria mieszana, ADP – porfiria z niedoborem dehydratazy kwasu aminolewulinowego) na podstawie stanu klinicznego, co najmniej 1 udokumentowana wartość porfobilinogenu (PBG) lub delta-kwasu aminolewulinowego (ALA) w moczu lub osoczu $\geq 4 \times$ górna granica normy (GGN)	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 - badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca; - badania laboratoryjne: - pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym, - badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna), - badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia), - koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); - badanie ogólne moczu; - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi; - ALA i PBG w moczu; - badanie w kierunku HIV: test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiające 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 <i>HMBS</i>, – HCP: mutacja w genie <i>CPOX</i>, – VP: mutacja w genie <i>PPOX</i>, – ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych <i>ALAD</i>, b) cechy kliniczne pacjenta oraz diagnostyczne kryteria biochemiczne wskazujące na AHP, nawet jeżeli jeśli wyniki badań genetycznych pacjenta nie wykazały mutacji w genie związanym z porfirią (<5%); 3) aktywna choroba, z co najmniej 2 atakami porfirii wymagającymi hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 4) gotowość do przestrzegania wymogów związanych z kontrolą urodzeń w okresie leczenia; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod		wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA, i HCV (anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku HCV RNA); 7) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Raz na miesiąc: 1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym; 2) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, lipaza, amylaza, ferrytyna)- badania przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne; 3) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia)- przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne; 4) badania krzepliwości krwi: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) - przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne. 2.2. Raz na 6 miesięcy: 1) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12; 2) poziom ALA i PBG w moczu. 2.3. Raz na rok: 1) pełna ocena skuteczności terapii:
--	--	---

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

Do programu włączane są pacjentki, bez konieczności ponownej kwalifikacji po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia umożliwiającego leczenie w programie, które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą albo laktacją i które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny na podstawie punktu a) albo b) poniżej;
 - a) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 6 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;
 - b) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 12 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;
- 2) klinicznie istotne podwyższenie wartości w wynikach badań czynności wątroby zgodnie z oceną lekarza prowadzącego;
- 3) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia;

- a) roczny wskaźnik napadów porfirii (AAR) w postaci napadów wymagających hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych,
- b) liczba dni stosowania heminy rocznie,
- c) poziom ALA i PBG w moczu,
- d) jakość życia mierzona w skali PCS SF-12.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 12 miesięcy, w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii (pkt. 2.3).;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

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)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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) <i>lumazyranem sodowym</i> 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 $\geq 0,70$ mmol /1,73 m²/24h oraz stwierdzenie braku efektywności terapii witaminą B₆ (pirydoksyną) rozumiane jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem $\geq 30\%$ w okresie co najmniej 3- miesięcznym, albo	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.	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 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, j) aktywność transaminazy asparaginianowej (AST) w surowicy,

b) w stadium IV-V ($\text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$) wymagane wykazanie wysokiego prawdopodobieństwa niewrażliwości na leczenie witaminą B₆ (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 umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) brak przeciwwskazań 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 żyłnej (pH i stężenie HCO_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 ($\text{mmol /1,73 m}^2/24\text{h}$) - 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 Zespół 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 $\mu\text{mol/l}$ 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 żyłnej (pH i stężenie HCO_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 ($\text{mmol/l}, 73\text{m}^2/24\text{h}$) - 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 CHOROBA CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu. 1) potwierdzona wieloogniskowa postać choroby Castlemana; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV oraz HHV-8; 4) brak czynnego zakażenia WZW B; 5) odpowiednia wydolność szpiku oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych: a) całkowita liczba neutrofilów $\geq 1,0 \times 10^9/l$, b) liczba płytek $\geq 50 \times 10^9/l$, c) hemoglobina $< 170 \text{ g/l}$ ($10,6 \text{ mmol/l}$); 6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji; 7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>siltuksymabem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	1. Dawkowanie Dawkowanie <i>siltuksymabu</i> zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 2) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 3) aktywność AspAT, AIAT, stężenie bilirubiny; 4) badania w kierunku zakażenia HIV (test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygeny p24 oraz przeciwciał anti-HIV 1/2) oraz HHV-8 (badanie LANA-1 w immunohistochemii lub metoda reakcji łańcuchowej polimerazy PCR); 5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA); 6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi); 7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę. 2. Monitorowanie leczenia Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych

2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu. Leczenie <i>siltuksymabem</i> powinno być wstrzymane, jeśli pacjent ma ciężkie zakażenie lub jakiegokolwiek toksyczne działanie niehematologiczne i może być wznowione w tej samej dawce po wyleczeniu. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na <i>siltuksymab</i> lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) wystąpienie toksyczności powyżej 3. stopnia według WHO; 3) utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost nasilenia (≥ 2. stopnia) objawów związanych z chorobą; 4) pojawienie się nowych objawów związanych z chorobą o nasileniu ≥ 3. stopnia; 5) pogorszenie stanu sprawności ogólnej, tj. utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost o > 1 punkt w skali ECOG; 6) progresja choroby potwierdzona w badaniu tomografii komputerowej węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano; 7) ciąża i laktacja.		zaleceń Zespołu Ekspertów ds. Choroby Castlemana – Castleman Disease Collaborative Network (CDCN). 1) monitorowanie objawów choroby Castlemana wg zaleceń CDCN na podstawie CTC; 2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia zgodnie z NCI-CTCAE v 4.0; 3) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 4) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 5) aktywność AspAT, AIAT; 6) ocena wielkości węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano (tomografia komputerowa). Badania wykonuje się: 1) morfologia krwi z rozmazem należy wykonywać przez pierwsze 12 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 2) stężenie CRP przez 6 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 3) profil nerkowy, albuminy, aktywność AspAT, AIAT przez 3 miesiące przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 4) tomografię komputerową należy wykonywać po 3, 6 i 12 miesiącu terapii, a następnie w razie podejrzenia progresji choroby. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich
--	--	--

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

Załącznik B.132.

ZAPOBIEGANIE REAKTYWACJI CYTOMEGALOWIRUSA (CMV) I ROZWOJOWI CHOROBY U SEROPOZYTYWNYCH WZGLĘDEM CMV PACJENTÓW, KTÓRZY BYLI PODDANI ZABIEGOWI PRZESZCZEPIONIA ALLOGENICZNYCH KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH (ICD-10: C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego pediatrycznym i dorosłym pacjentom, seropozytywnym względem CMV, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT) udostępnia się terapię: 1) <i>letermowirem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) pediatryczny lub dorosły biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT); 2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią (dotyczy kobiet w wieku rozrodczym);	1. Dawkowanie leku 1.1. letermowir 1.1.1. dorośli pacjenci: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg lub 480 mg podawana doustnie raz na dobę. 1.1.2. pediatryczni pacjenci Pacjenci o masie ciała (mc.) >30 kg: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg (w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny) lub 480 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę. Pacjenci o mc. 18-30 kg: 50% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 120 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 240 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana	1. Badania przy kwalifikacji 1) oznaczenie statusu serologicznego CMV IgG i IgM biorcy; 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi, c) oznaczenie INR, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) określenie skali Child-Pugh; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. pediatryczni pacjenci 1) badania wykonywane raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru:

5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 7) nieobecność ciężkiego (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby; 8) nieobecność umiarkowanego zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępującego umiarkowanego (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m²) lub ciężkiego (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m²) zaburzenia czynności nerek. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż stosowanie letermowiru w ramach profilaktyki można kontynuować maksymalnie do 100 dni po przeszczepieniu.	doustnie raz na dobę. Pacjenci o mc. <18 kg: 25% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 60 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 120 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę. Tabletkę należy podzielić lub rozkruszyć, aby podać ilość odpowiadającą ww. dawce. 2. Modyfikacja dawkowania leku Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie wykonywane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru – ilościowe badanie CMV DNA – stężenie lub liczba kopii w ml w surowicy lub pełnej krwi. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) wystąpienie klinicznie istotnej infekcji CMV, b) konieczność rozpoczęcia terapii wyprzedzającej; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	---	---

3. Kryteria wyłączenia

- 1) stwierdzenie przez lekarza prowadzącego konieczności rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego wskutek wystąpienia u pacjenta klinicznie istotnej CMV DNA-emii (zgodnie ze standardową procedurą operacyjną ośrodka transplantacyjnego prowadzącego leczenie, nie dotyczy to wykrywania CMV DNA uwalnianego z komórek w postaci niezakaźnej);
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

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. <i>International Classification of Headache Disorders</i>, ICHD);	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). 1. Toksyna botulinowa Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Jednorazowo podaje się pacjentowi maksymalną dawkę 195 j. Kolejne podanie leku następuje po upływie co najmniej 12 tygodni, ale nie później niż 16 tygodni od podania poprzedniej dawki leku. 2. Eptinezumab 100 mg eptinezumabu podane w infuzji dożylniej co 12 tygodni. 3. Erenumab	1. Wykaz badań przy kwalifikacji 1) wywiad z pacjentem potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikacji do programu lekowego; 2) badanie fizykalne – neurologiczne; 3) dzienniczek pacjenta z udokumentowanymi napadami bólu głowy i bólu migrenowego prowadzony przez okres minimum 3 ostatnich miesięcy; 4) prawidłowo prowadzona historia choroby uwzględniająca wymagane w kryteriach włączenia próby leczenia w przeszłości; 5) kwestionariusz jakości życia – skala MIDAS. 2. Badania podczas monitorowania leczenia 1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni ($\pm$ 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego; 2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta; 3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS.

3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród: a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL), b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę, c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę lub przeciwwskazanie do stosowania lub brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych; Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. 4) wykluczenie przeciwwskazań do stosowania toksyny botulinowej typu A określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) brak wcześniejszego leczenia toksyną botulinową typu A we wskazaniu migrena przewlekła (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego);	140 mg erenumabu we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie. 4. Fremanezumab 225 mg fremanezumabu we wstrzyknięciu podskórnym raz na miesiąc lub 675 mg fremanezumabu raz na trzy miesiące.	W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych parametrów koniecznych do oceny bólów głowy: 1) liczba dni z bólem głowy, 2) typ bólu głowy, 3) natężenie bólu, 4) czas trwania, 5) objawy towarzyszące, 6) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych doraźnie leków przeciwbólowych/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 przeciwwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;		
--	--	--

- 5) brak wcześniejszego leczenia lekami anty-CGRP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego;
- 6) wykluczenie przeciwwskazań określonych w odpowiednich aktualnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;
- 7) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu leku anty-CGRP.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia.

2. Kryteria ponownej kwalifikacji do programu

Pacjent do programu lekowego może być ponownie zakwalifikowany tylko jeden raz.

2.1. Po zakończeniu leczenia toksyną botulinową typu A i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej.

Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz

może zdecydować o ponownym podawaniu toksyny botulinowej typu A.

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

2.2. Po zakończeniu leczenia lekiem anty-CGRP i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej.

Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu leku anty-CGRP.

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

3. Czas trwania leczenia w programie obejmuje:

3.1. W I linii leczenia 5 podań toksyny botulinowej lub mniej w przypadku spełnienia któregośkolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej.

Po zakończeniu leczenia (po zastosowaniu 5-tego podania) pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nietolerancji albo braku odpowiedzi na leczenie albo nawrotu migreny przewlekłej do 6 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o kwalifikacji pacjenta do leczenia eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem)

W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia toksyną botulinową typu A.

3.2. W II linii leczenia okres podawania eptinezumabem albo erenumabu albo fremanezumabu w programie wynosi 12 miesięcy. Odpowiedź na leczenie jest definiowana po 12 tygodniach leczenia poprawą jakości życia mierzoną skalą MIDAS oraz jako redukcja o co najmniej

- 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej.

Brak odpowiedzi na leczenie powoduje wyłączenie pacjenta z programu.

W przypadku nietolerancji zastosowanego leku anty-CGPR (zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego) istnieje możliwość zmiany leku na inny wymieniony w programie lek anty-CGPR. Zmiany można dokonać nie później niż do 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia lekiem anty-CGPR.

Po zakończeniu leczenia pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia lekiem anty-CGRP.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak prawidłowego prowadzenia dzienniczka bólów głowy;
- 2) brak odpowiedzi na leczenie oceniane podczas wizyt kontrolnych;

Odpowiedź na leczenie jest definiowana jako redukcja o co najmniej

- 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej sprzed leczenia.

3) pogorszenie lub brak zmiany w jakości życia, mierzone skalą MIDAS, stwierdzone i zweryfikowane podczas wizyt monitorujących; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancje pomocnicze uniemożliwiające kontynuację leczenia; 5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku.		
---	--	--

Załącznik B.135.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA ŚRÓDMIAŻSZOWĄ PŁUC (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W 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 dobową: 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 twardzinę układową, 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) $FVC \geq 40\%$ wartości należnej, 4) pojemność dyfuzyjna płuc $TLco$ powyżej 30% wartości należnej, 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym, 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktów Leczniczych (ChPL) – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym, 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań umożliwiającą w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii, 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne ChPL, 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL.	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 przeciwnuklearnych (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 śródniąszową 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%, - poмимо 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 dożylniej 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 anti-Hbc, d) oznaczenie przeciwciał anti-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 anti-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 każdym kolejnych 6 miesiącach (± 3 miesiące). 2) badania czynnościowe układu oddechowego: a) badanie spirometryczne, b) badanie wskaźnika transferu płucnego dla CO (TLco), c) badanie gazometrii krwi lub pulsoksymetria. Wymienione badania powinny być wykonywane po każdym 12 miesiącach (± 3 miesiące) od rozpoczęcia leczenia. 3) badanie obrazowe płuc: a) badanie TKWR klatki piersiowej. Badanie należy wykonać po 12 miesiącach (± 3 miesiące) od rozpoczęcia leczenia. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania należy do lekarza prowadzącego;
---	--	--

– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR, lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz nasilenie objawów klinicznych, lub – progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR oraz nasilenie objawów klinicznych, pomimo stosowania leczenia uznawanego za odpowiednie lub rekomendowanego dla danej 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 każdym kolejnych 12 miesiącach (± 3 miesiące), potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni,
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia,
- 3) okres ciąży lub karmienia piersią,

aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt.2;

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

- 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynacyjnego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia,
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania,
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

4. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) pacjent, u którego leczenie nintedanibem, lub rytuksymabem lub tocilizumabem zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z powodu stabilizacji procesu chorobowego, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji,
- 2) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. Ponowne włączenie pacjenta do leczenia w programie nie wymaga wykonania badań kwalifikacyjnych. Decyzję o ponownym włączeniu podejmuje Zespół Koordynacyjny lub lekarz prowadzący,
- 3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku zaprzestania podawania substancji czynnej finansowanej w programie z powodu spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonego w pkt. 3.1, jeśli w opinii

lekarza prowadzącego brak terapii nintedanibem lub rytuksymabem lub tocilizumabem może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta z powodu szybszej progresji choroby, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony, lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc o wyrażenie zgody na ponowne włączenie pacjenta do programu lekowego. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego ponowne zastosowanie substancji czynnej, podczas leczenia którą stwierdzono brak adekwatnej odpowiedzi w przeszłości, nie jest możliwe.		
---	--	--

Załącznik B.136.FM.

LECZENIE CHORYCH NA GRUŻLICĘ LEKOOPORNĄ (MDR/XDR) (ICD-10: A15)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	DAWKOWANIE LEKÓW	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się terapię gruźlicy lekoopornej bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi (gruźlica płuc MDR-TB). 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; 4) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu leczniczego (dalej ChPL); 6) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL; 7) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dni przed rozpoczęciem terapii;	1. Dawkowanie Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.	1. Wykaz badań przy kwalifikacji 1) zdjęcie RTG klatki piersiowej; 2) badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, stężenie potasu, wapnia i magnezu w surowicy, aminotransferaza alaninowa [AlAT], aminotransferaza asparaginowa [AspAT], fosfataza zasadowa i bilirubina, stężenie kreatyniny); 3) badanie EKG; 4) pomiar BMI; 5) test ciążowy; 6) test na obecność na wirusa HIV; 7) badanie płwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub wykonanie testu molekularnego w przypadku gruźlicy: a) 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 b) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na PAS, etionamid, aminoglikozydy lub fluorochinolony. 2. Monitorowanie leczenia

- 8) brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego;
- 9) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/ μ l;
- 10) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub badakiliną w skojarzeniu z pretomanidem;
- 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
- 12) wyrażenie zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego dla chorych < 18 r. ż. na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Całkowita długość leczenia w programie wynosi 24 tygodnie. U pacjentów, u których po 24 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenie można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.

2. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych ChPL;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 4) utrzymujący się stan sprawności 50 lub niższy według skali Karnofsky'ego;

2.1. Badania wykonywane na początku leczenia oraz przynajmniej raz w tygodniu podczas pierwszego miesiąca leczenia, co drugi tydzień podczas 2. miesiąca, a następnie raz na miesiąc:

- 1) badania czynności wątroby (AlAT, AspAT, fosfataza zasadowa i bilirubina) – w trakcie leczenia oraz zgodnie z potrzebami.

W razie wystąpienia objawów wskazujących na wystąpienie lub nasilenie się zaburzeń czynności wątroby, należy przeprowadzić badanie na obecność wirusowego zapalenia wątroby i przerwać stosowanie innych produktów leczniczych o toksycznym działaniu na wątrobę.

2.2. Badania wykonywane na początku leczenia, po dwóch tygodniach, a następnie raz na miesiąc:

- 1) morfologia krwi.

2.3. Badania wykonywane raz na miesiąc:

- 1) badanie EKG.

2.4. Badania wykonywane po 6 i 24 miesiącach po zakończeniu leczenia:

- 1) badanie płwociny w kierunku M. tuberculosis przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub metod molekularnych.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich 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

5) ciąża lub karmienie piersią; 6) zakażenie wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ $\leq$ 50 komórek/μl.		oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) status konwersji posiewu mikrobiologicznego płwociny, b) kontrola nawrotu bakteriologicznego lub niepowodzenia bakteriologicznego (ponowna infekcja); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

Załącznik B.137.FM.

ODCZULANIE WYSOKO IMMUNIZOWANYCH DOROSŁYCH POTENCJALNYCH BIORCÓW PRZESZCZEPU NERKI (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców z Krajowej Listy Oczekujących do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek ≥ 18 lat; 2) schyłkowa niewydolność nerek (stadium V CKD); 3) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów: a) cPRA $\geq 90\%$ i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku; b) cPRA $\geq 85\%$ i $<90\%$ i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku i: i. brak zadowalających efektów po przejściu dwóch protokołów odczulania lub ii. ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta;	1. Dawkowanie Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego (CHPL). 2. Terapia immunosupresyjna Zgodnie z zapisami CHPL podawanie imlifidazy nie eliminuje potrzeby stosowania leczenia immunosupresyjnego zgodnie ze standardem postępowania.	1. Badania przy kwalifikacji 1) potwierdzenie obecności przeciwciał DSA; 2) próba krzyżowa. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Po zakończeniu leczenia (monitorowanie kontynuowane przez okres 12 miesięcy po podaniu imlifidazy): 1) w ciągu 24 godzin po zakończeniu leczenia imlifidazą, ale przed przeszczepieniem należy potwierdzić konwersję wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny; 2) kliniczne testy laboratoryjne określające parametry życiowe, EKG (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną); 3) badania eGFR, stężenie kreatyniny i białkomocz (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną); 4) oznaczanie poziomu IgG (w przypadku immunosupresji z zastosowaniem IVIg); 5) poziom przeciwciał anty-HLA (DSA; po 3, 7, 14, 21, 28, a następnie raz w miesiącu do 6. miesiąca po implantacji);

4) spełnienie kryteriów dla wysoko immunizowanych pacjentów (pacjent ma krążące przeciwciała anty-HLA) z pozytywnym wynikiem próby krzyżowej (XM) przeciwko potencjalnemu zmarłemu dawcy nerki. W przypadku wstępnej kwalifikacji pacjenta do terapii imlifidazą pozytywny wynik wirtualnej próby krzyżowej (vXM) nie będzie stanowił kryterium wykluczenia do przeprowadzenia biologicznej próby krzyżowej jak to ma miejsce w przypadku pozostałych pacjentów zgodnie z aktualnym systemem alokacji nerek; 5) pacjent, dla którego korzyść z przeszczepienia niezgodnego narządu jest większa niż ryzyko pozostania na liście oczekujących i dializy, z uwzględnieniem powiązanego z tym ryzyka rozwoju powikłań oraz śmiertelności; 6) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki; 7) wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta na udział w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu 1) wcześniejsze leczenie imlifidazą; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) trwające poważne zakażenie; 4) zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP); 5) negatywny wynik próby krzyżowej.		6) biopsja nerki po 3 miesiącach oraz w przypadku wystąpienia wskazań do jej przeprowadzenia (decyzja w oparciu o wyniki oznaczeń DSA oraz stężenia kreatyniny). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) potwierdzenie konwersji wyniku próby krzyżowej (na podstawie standardowych protokołów potwierdzania konwersji wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny stosowanych w ośrodku), b) czynność nerek po leczeniu imlifidazą oceniana za pomocą eGFR, kreatyniny i białkomoczu, c) przyjęcie przeszczepu lub jego utrata, d) wystąpienie procesu ostrego odrzucania potwierdzonego biopsją (ogółem i zależnego od przeciwciał), e) przeżycie pacjentów w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu, f) przeżycie przeszczepionej nerki w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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 Lekicznego (ChPL); 6) brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny 6; 7) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym zaleca się	1. Dawkowanie Satralizumab może być stosowany w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym z terapią immunosupresyjną doustnymi kortykosteroidami (maksymalna dawka dobową 15 mg ekwiwalentu prednizolonu, azatiopryną - maksymalna dawka dobową 3 mg / kg m.c. lub mykofenolanem mofetylu – maksymalna dawka dobową 3 000 mg). Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Lekicznego.	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 antygeny HBs), HCV (brak przeciwciał anty-HCV, a w

stosowanie antykoncepcji. Z uwagi na brak danych odnośnie stosowania leku u kobiet w ciąży decyzja o włączeniu do terapii pozostaje do decyzji lekarza po ocenie stosunku korzyści do ryzyka. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria kontynuacji leczenia. Ponadto, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy wcześniej rozpoczęli leczenie satralizumabem z innych źródeł finansowania, z wyjątkiem pacjentów aktualnie uczestniczących w trwających badaniach klinicznych, i na dzień rozpoczęcia terapii spełniali stosowne kryteria kwalifikacji. 2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu 1) nadwrażliwość na satralizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) trwające aktualnie czynne zakażenie do momentu ustąpienia; 3) aktywny nowotwór złośliwy; 4) wcześniejsze leczenie przeciwciałem anti-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anti-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 5) wcześniejsze leczenie anti-CD4, kladrybiną, cyklofosfamidem lub mitoksantronem, przeszczepienie komórek macierzystych szpiku w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu;		przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową); 8) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo). 2. Monitorowanie leczenia 1) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu; 2) badanie MRI - jeśli zasadne klinicznie (decyzję podejmuje specjalista neurolog); 3) morfologia krwi z rozmazem, ALT i AST, bilirubina co cztery tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, następnie co trzy miesiące przez jeden rok, a po tym czasie według wskazań klinicznych; 4) lipidogram po pierwszych 6 miesiącach, a następnie wg wskazań klinicznych; 5) przekazanie pacjentowi informacji o Karcie Ostrzegawczej oraz wskazanie, że w przypadku wystąpienia cech infekcji – niezbędny jest kontakt z lekarzem. 3. Monitorowanie programu 1) ocena skuteczności: a) wskaźniki efektywności: – czas do wystąpienia rzutu, – częstość rzutów, – jakość życia na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (EQ-5D); – czas do zgonu, Definicja rzutu – wystąpienie jednego z poniższych:
--	--	---

6) inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii; 7) inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL. 3. Określenie czasu leczenia w programie Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza Zespół Koordynacyjny po 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 definicją w pkt. 3; 2) EDSS 8,5 lub więcej; 3) wystąpienie przeciwwskazań do stosowania satralizumabu wg aktualnej ChPL; 4) aktywny nowotwór złośliwy; 5) nietolerancja leczenia satralizumabem;		i. wzrost o $\geq 1,0$ pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego więcej niż 0 (lub wzrost o $\geq 2,0$ pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego 0), ii. wzrost o $\geq 2,0$ pkt. w co najmniej jednym właściwym dla danego objawu wyniku dla oceny układu czynnościowego (piramidowego, mózdkowego, pnia mózgu, czuciowego, pokarmowego lub moczowego, pojedynczego oka), iii. wzrost o $\geq 1,0$ pkt. w więcej niż 1 punktowym wyniku układu funkcjonalnego dla danego objawu, z wartością wyjściową wynoszącą co najmniej 1,0, iv. wzrost o $\geq 1,0$ pkt. w wyniku punktacji układu funkcjonalnego specyficznego dla objawów pojedynczego oka z wynikiem początkowym wynoszącym co najmniej 1,0. Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt. Objawy muszą utrzymywać się przez >24 godziny i nie można ich przypisać wystąpieniu innych czynników klinicznych (np. gorączka, infekcja, uraz, zmiana nastroju, ADR). b) oczekiwane korzyści zdrowotne: – czas do ciężkiego rzutu: 86% pacjentów stosujących monoterapię w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu lub 90% pacjentów stosujących terapię skojarzoną w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu;
--	--	--

6) brak współpracy ze strony pacjenta przy realizacji programu.		2) ocena bezpieczeństwa: a) monitorowanie zakażenia dróg moczowych i górnych dróg oddechowych; 3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 4) uzupełnienie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) data rozpoczęcia leczenia, b) daty wystąpienia kolejnych rzutów choroby, c) ocena w skali EDSS w momencie rozpoczęcia leczenia i co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu d) jakość życia – na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (EQ-5D), e) data zgonu, f) data zakończenia leczenia; 5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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 [⁶⁸Ga]Ga-SSA) lub - w razie braku dostępu - scyntygrafii (SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt w skali Krenninga ≥ 2); 4) udokumentowana progresja choroby w czasie 15 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);	1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę. 177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylniej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 177Lu-DOTATATE 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) – metodą PET/CT z [⁶⁸Ga]Ga-SSA lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA w zależności dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [¹⁸F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych;

- 5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);
- 7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego;
- 8) wiek ≥ 18 roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie ^{177}Lu -DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Cykl leczenia ^{177}Lu -DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.

Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:

- 1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane:
 - a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events),
 - b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,
 - c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%,

- 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia

- 1) badania wykonywane przed każdą infuzją:

- a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny,
- b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny,
- c) morfologia krwi z rozmazem,
- d) INR.

Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu ^{177}Lu -DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji ^{177}Lu -DOTATATE.

- 2) scyntygrafia potęropeutyczna.

3. Monitorowanie programu

- 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na

d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE. 3. Kryteria wyłączenia 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA); 3) ciąża i karmienie piersią; 4) stosowanie interferonu, ewerolimus lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu; 5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przetętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		żądanie kontrolerom NFZ.
LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO WYWODZĄCEGO SIĘ ZE ŚRODKOWEGO ODCINKA PRAJELITA (MIDGUT) (ICD-10 C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)		
1. Kryteria kwalifikacji to terapii 177Lu-DOTATATE 1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego przewodu pokarmowego wywodzącego się ze środkowego odcinka prajelita (MIDGUT), tj. obejmującego dolną część dwunastnicy, jelito czcze, jelito kręte, jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę wstępującą oraz początkowe 2/3 okrężnicy	1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);

poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67 ≤ 20%); 2) guz niesekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [⁶⁸Ga]Ga-SSA) lub scyntygrafii – w razie braku dostępu - (SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt w skali Krenninga ≥ 2); 4) progresja choroby oceniona według kryteriów, klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST, w oparciu o TK lub MR podczas ostatnich 3 lat podczas leczenia analogami somatostatyny; 5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego; 8) wiek ≥ 18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie ¹⁷⁷Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia	¹⁷⁷Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylniej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) - metodą PET/CT z [⁶⁸Ga]Ga-SSA lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA lub w zależności od dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [¹⁸F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. 2. Monitorowanie leczenia 1) badania wykonywane przed każdą infuzją: a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny, b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny, c) morfologia krwi z rozmazem, d) INR. Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu ¹⁷⁷Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji ¹⁷⁷Lu-DOTATATE. 2) scyntygrafia poterapeutyczna.
--	--	--

leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Cykl leczenia ¹⁷⁷Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje. Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów: Kryteria przerwania terapii: 1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane; a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events, b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii, c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%, d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z ¹⁷⁷Lu-DOTATATE. 3. Kryteria wyłączenia 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;		3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA); 3) ciąża i karmienie piersią; 4) stosowanie interferonu, ewerolimus lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu; 5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przełtętnicza terapia wątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		
---	--	--

Załącznik B.140.

LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO (ICD-10: E72.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji 1) zaburzenie cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem enzymatycznym, biochemicznym lub genetycznym, obejmujące niedobór: a) syntetazy karbamoilofosforanowej I, lub b) karbamoilotransferazy ornitynowej, lub c) syntetazy argininobursztynianowej, lub d) liazy argininobursztynianowej, lub e) arginazy I, lub	1. Dawkowanie Fenylomaślan glicerolu należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) stężenie amoniaku we krwi; 2) profil aminokwasów w osoczu; 3) wydalanie kwasu orotowego w moczu (metodą ilościową); 4) przy podejrzeniu zespołu HHH - profil aminokwasów w moczu; 5) przy podejrzeniu deficytu liazy argininobursztynianu – poziom argininobursztynianu we krwi lub moczu; 6) analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię; 7) konsultacja psychologa (ocena rozwoju psychoruchowego / intelektualnego); 8) konsultacja neurologa; 9) konsultacja dietetyka (z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie); 10) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii.

f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH tj. hiperamonemia-hiperornitynemii-homocytrulinuria); 2) brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów. 2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie 1) nadwrażliwość na substancję czynną; 2) leczenie ostrej hiperamonemii. 3. Określenie czasu leczenia w programie Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie Spełnienie któregośkolwiek z poniższych warunków: 1) przeszczepienie wątroby; 2) nadwrażliwość na fenylloctan lub fenylomaślan; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii.		2. Monitorowanie leczenia Okresowe monitorowanie (w zależności od potrzeb klinicznych, wieku i stabilności pacjenta; nie rzadziej niż raz na pół roku): 1) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii; 2) stężenie amoniaku we krwi; 3) stężenie aminokwasów w osoczu; 4) konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/ intelektualnym); 5) konsultacja neurologa; 6) konsultacja dietetyka. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

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) <i>awelumab</i>; 2) <i>niwolumab</i>; 3) <i>niwolumab w skojarzeniu z gemcytabiną i cisplatyną w leczeniu pierwszej linii</i>; 4) <i>pembrolizumab</i>; 5) <i>enfortumab wedotyny</i>; 6) <i>erdafitynib</i>; Awelumab stosowany jest w pierwszej linii jako leczenie podtrzymujące pierwszego rzutu raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których nie doszło do progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny. Niwolumab stosowany jest w leczeniu uzupełniającym raka urotelialnego naciekającego błonę mięśniową u dorosłych z ekspresją PD-L1 na komórkach guza $\geq 1\%$ i z wysokim ryzykiem nawrotu po radykalnej cystektomii z cechą R0. Niwolumab w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną stosowany jest w leczeniu pierwszej linii raka urotelialnego w stadium	1. Dawkowanie 1) Dawka <i>awelumabu</i>: 800 mg co 2 tygodnie; 2) Dawka <i>niwolumabu</i> w leczeniu uzupełniającym: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie; 3) Dawka <i>niwolumabu</i> z skojarzeniu z <i>cisplatyną i gemcytabiną</i>: 360 mg co 3 tygodnie, do 6 cykli a następnie 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie, w sytuacji podania min 1 dawki cisplatyny i rozwoju nietolerancji leczenia dopuszcza się zamianę cisplatyny na karboplatinę 4) Dawka <i>pembrolizumabu</i>: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni; 5) Dawka <i>enfortumabu wedotyny</i>: 1,25 mg/kg mc. (maksymalnie do 125 mg u pacjentów o masie ciała ≥ 100 kg). Lek należy podawać we wlewie dożylnym w 1., 8. i 15. dniu 28-dniowego cyklu.; 6) Dawka <i>erdafitynibu</i>: zalecana dawka początkowa to 8 mg na dobę, którą należy modyfikować na podstawie wyników badań, zgodnie z zapisami ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia raka urotelialnego; 2) ocena, za pomocą zwalidowanego testu, poziomu ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej – dotyczy terapii <i>niwolumabem</i> w leczeniu uzupełniającym; 3) ocena, za pomocą zwalidowanego testu obecności podatnych zmian genetycznych <i>FGFR3</i> – dotyczy terapii <i>erdafitynibem</i>; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) i tetrajodotyroniny (fT4) – dotyczy terapii <i>awelumabem</i>, <i>niwolumabem</i> oraz <i>pembrolizumabem</i>; 10) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy – dotyczy terapii <i>awelumabem</i>; 11) oznaczenie stężenia glukozy; 12) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg);

miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia. Pembrolizumab stosowany jest w monoterapii w drugiej linii leczenia raka urotelialnego miejscowo zaawansowanego poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u osób dorosłych, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej chemioterapii opartej na pochodnych platyny. Enfortumab wedotyn stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej terapii opartej o chemioterapię pochodnymi platyny i inhibitor receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitor ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). Erdaftynib stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia, u pacjentów z podatnymi zmianami genetycznymi FGFR3, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej terapii inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). 1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy). 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków.	13) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy – dotyczy terapii <i>erdaftynibem</i>; 14) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia) – dotyczy terapii <i>pembrolizumabem</i>; 15) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 16) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 17) TK lub MRI klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy; 18) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) TK lub MRI mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych; 21) elektrokardiogram (EKG); 22) pomiar ciśnienia tętniczego; 23) pełne badanie okulistyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) – dotyczy terapii <i>erdaftynibem</i>. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1. 2. Monitorowanie leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny;
---	---	---

1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie urotelialnego raka pęcherza moczowego lub miedniczki nerkowej lub cewki moczowej lub moczowodu lub gruczołu krokowego; 2) obecność zmian mierzalnych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 przed otrzymaniem chemioterapii paliatywnej; 3) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG dla erdafitynibu) lub 0-1 według kryteriów ECOG dla pozostałych leków w programie; 4) wiek 18 lat i powyżej; 5) nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych wynikających z przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym, które wymagają potrzeby zwiększania dawki leków steroidowych w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy); 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka urotelialnego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi pozwalająca na zastosowanie leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) brak przeciwwskazań do stosowania poszczególnych substancji określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;		4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie stężenia glukozy; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia) – dotyczy terapii pembrolizumabem; 8) badanie ogólne moczu – dotyczy terapii pembrolizumabem; 9) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 4 tygodnie przez pierwsze 3 miesiące leczenia, następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub częściej w zależności od wskazań klinicznych) – dotyczy terapii awelumabem; 2) nie rzadziej niż co 6 tygodni – dotyczy terapii pembrolizumabem 3) w przypadku stosowania niwolumabu - badania wykonuje się przed każdym podaniem niwolumabu, nie rzadziej niż co 4 tygodnie; 4) w przypadku terapii enfotumabem wedotyny co 4 tygodnie, dodatkowo przed każdym podaniem, u pacjentów z cukrzycą lub narażonych na ryzyko cukrzycy bądź hiperglikemii, oznaczenie morfologii krwi oraz stężenia glukozy; 5) w przypadku terapii erdafitynibem co 4 tygodnie, dodatkowo w pierwszym miesiącu między dniem 14 a 21 oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy; 6) co miesiąc w przypadku badania okulistycznego (po okresie pierwszych 4 miesięcy leczenia co 3 miesiące lub częściej w razie wskazań klinicznych) – dotyczy terapii <i>erdafitynibem</i>.
---	--	---

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

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia

- 1) TK lub MR odpowiedniego obszaru;
- 2) RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie TK;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- 1) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;
- 2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.

3.1. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla *awelumabu*, *niwolumabu*, *pembrolizumabu* oraz *erdaftynibu*:

- 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny;
- 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – dotyczy terapii *awelumabem*, *niwolumabem* w skojarzeniu z *cisplatyną* i *gemcytabiną*, *pembrolizumabem* oraz *erdaftynibem*;
- 3) przeżycie wolne od choroby (DFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszego nawrotu lub zgonu – dotyczy terapii *niwolumabem* w leczeniu uzupełniającym;

przerzutów odległych; 2) przeprowadzenie radykalnej cystektomii z cechą R0 w okresie do 120 dni przed włączeniem do leczenia (dotyczy jedynie raka urotelialnego pęcherza moczowego i moczowodu); 3) niestosowanie adjuwantowej terapii systemowej lub radioterapii po radykalnej chirurgicznej resekcji raka urotelialnego; 4) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena; 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie neoadjuwantowe z wykorzystaniem chemioterapii opartej na <i>cisplatynie</i>; 7) potwierdzenie badaniem histopatologicznym wysokiego ryzyka nawrotu nowotworu; a) stopień zaawansowania pT3-pT4a lub pN+ w przypadku pacjentów, u których nie zastosowano neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie, b) stopień zaawansowania ypT2-ypT4a lub ypN+ w przypadku pacjentów po zastosowaniu neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie; 8) potwierdzenie poziomu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych $\geq 1\%$. 1.2.3. Niwolumabem w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną w leczeniu pierwszej linii		4) zdarzenia niepożądane. 3.2. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla <i>enfortumabu wedotyny</i>: 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 12,9 miesiąca; 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 5,5 miesiąca; 3) wskaźnik odpowiedzi objektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi objektywnych na oczekiwanym poziomie 40,6%; 4) mediana DoR - czas od pierwszej objektywnej odpowiedzi (CR lub PR) do udokumentowanej progresji choroby (PD) lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej – oczekiwany wynik: 7,9 miesiąca; 5) wskaźnik kontroli choroby (DCR) zdefiniowany jako uzyskanie przez pacjenta kontroli choroby ocenianej po 8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia i rozumianej jako: - odpowiedź całkowita (CR) lub odpowiedź częściowa (PR) mierzonych według aktualnych kryteriów RECIST lub - stabilizacja choroby (SD) -oczekiwany wynik: 71,9%. Pierwszą ocenę odpowiedzi na leczenie <i>enfortumabem wedotyną</i> wykonuje się w 8 tygodniu leczenia (po dwóch pierwszych 28-
--	--	---

- 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

dniowych cyklach leczenia).

4. Monitorowanie programu

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

radykałnym lub w stadium uogólnienia; 2) progresja radiologiczna choroby u pacjentów, którzy otrzymali chemioterapię opartą o pochodną platyny oraz leczenie inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). 1.2.6. Erdafityni bem 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykałnym lub w stadium uogólnienia; 2) obecność podatnych zmian genetycznych <i>FGFR3</i>; 3) progresja radiologiczna choroby podczas lub po terapii z inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). W celu kontynuacji terapii, do programu lekowego mogą zostać włączeni pacjenci leczeni w ramach innego sposobu finansowania, poza badaniami klinicznymi, do momentu objęcia refundacją leku w programie lekowym, pod warunkiem, iż w momencie rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji uwzględnione w punkcie 1 oraz nie spełniali kryteriów uwzględnionych w punkcie 3. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane.		
---	--	--

W przypadku terapii uzupełniającej <i>niwolumabem</i> leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić 8 tygodni. W przypadku terapii <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>cisplatyną</i> i <i>gemcytabiną</i> w pierwszej linii leczenia trwa maksymalnie 24 miesiące, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia, dotyczy terapii inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1), może wynosić 12 tygodni pod warunkiem całkowitego ustąpienia niepożądanych działań związanych z immunoterapią i zakończenia stosowania kortykosteroidów. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, z możliwością potwierdzenia w kolejnej ocenie badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni – dotyczy terapii <i>awelumabem</i>, <i>pembrolizumabem</i>, <i>enfortumabem</i> <i>wedotyny</i>, <i>erdafitynibem</i> lub <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>cisplatyną</i> i <i>gemcytabiną</i>; 2) nawrót choroby- dotyczy terapii <i>niwolumabem</i> w leczeniu uzupełniającym; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według skali ECOG (dla		
--	--	--

<i>erdafitynibu</i>) lub do stopnia 2-4 według skali ECOG (dla pozostałych leków w programie); 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek, białko mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
--	--	--

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 <i>luspaterceptem</i>, w pierwszej linii leczenia lub kolejnych liniach leczenia (po niedostatecznej odpowiedzi na leczenie lekami stymulującymi erytropoezę), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) zdiagnozowany zespół mielodysplastyczny (ang. myelodysplastic syndromes, MDS) o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku wg R-IPSS; 4) niedokrwistość zależna od przetoczeń (≥ 3 jednostki kkcw w ciągu 16 tygodni w co najmniej 2 epizodach przetoczeń – w okresie przed kwalifikacją do programu) w przebiegu MDS; 5) stężenie endogennej erytropoetyny (eEPO) ≤ 500 mU/ml – nie dotyczy MDS z syderoblastami pierścieniowatymi (MDS-RS definiowane jest przy $\geq 15\%$ syderoblastów pierścieniowatych lub $\geq 5\%$ syderoblastów pierścieniowatych w przypadku obecności mutacji <i>SF3B1</i>);	1. Dawkowanie leku 1.1. <i>luspatercept</i> Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). <u><i>Luspatercept</i></u>: Zalecana dawka początkowa <i>luspaterceptu</i> to 1,0 mg/kg m.c. raz na 3 tygodnie. W przypadku pacjentów, którzy nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek w dawce początkowej wynoszącej 1,0 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,33 mg/kg m.c. Jeśli pacjenci nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek wynoszących 1,33 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,75 mg/kg m.c. Zwiększanie dawki nie powinno następować częściej niż co 6 tygodni (2 podania) i nie powinno przekraczać maksymalnej dawki wynoszącej 1,75 mg/kg m.c. co 3 tygodnie. 2. Modyfikacja dawkowania leku	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia endogennej erytropoetyny (eEPO); 3) ocena syderoblastów pierścieniowatych lub oznaczenie mutacji <i>SF3B1</i> u chorych z obecnością syderoblastów pierścieniowatych $\geq 5\%$ i $\leq 15\%$ – dotyczy rozpoznania MDS z syderoblastami pierścieniowatymi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia 1) morfologia krwi obwodowej – wykonywana przed każdym podaniem <i>luspaterceptu</i>. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 11) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby podstawowej (MDS);	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku.	przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) poprawa hematologiczna-erytroidalna (HI-E) – niezależność od przetoczeń kkcw w okresie ≥ 8 tyg. w 16-24 tygodniowym okresie obserwacji (dla chorych z małym obciążeniem transfuzjami – LTB), b) większa odpowiedź HI-E – niezależność od przetoczeń kkcw w okresie ≥ 8 tyg. w 16-24 tygodniowym okresie obserwacji (dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami – HTB), c) mniejsza odpowiedź HI-E – zmniejszenie o co najmniej 50% liczby przetoczonych jednostek kkcw przez okres minimum 8 tyg. w co najmniej 16-tygodniowym okresie obserwacji względem analogicznego okresu przed włączeniem pacjenta do programu (dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami – HTB); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	---	--

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 kkc ≥ 8 tygodni – kryterium dla chorych z małym (LTB) lub dużym obciążeniem transfuzjami (HTB), b) zmniejszenie o co najmniej 50% liczby przetoczonych jednostek kkc przez okres minimum 8 tyg. w co najmniej 16-tygodniowym okresie obserwacji względem analogicznego okresu przed włączeniem pacjenta do programu – kryterium dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami (HTB); 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)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji 1) hiperamonemia rozpoznana przy stężeniu amoniaku: a) $>90 \mu\text{mol/l}$ u dzieci, b) $>50 \mu\text{mol/l}$ u dorosłych, w przebiegu acydurii propionowej, metylomalonowej oraz izowalerianowej zdiagnozowanej na podstawie analizy profilu kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS i profilu acylokarnityn we krwi metodą tandem MS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	1. Dawkowanie Początkowa dawka dobową powinna wynosić 100 mg/kg, w razie potrzeby do 250 mg/kg. Następnie dawkę należy dostosować indywidualnie tak, aby utrzymać prawidłowe stężenie amoniaku w osoczu wg zasad opisanych w ChPL. Do tabletek należy dodać co najmniej 5-10 ml wody, do powstania zawiesiny i połączyć natychmiast lub podać szybko strzykawką przez zgłąbnik nosowo-żołądkowy. Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).	1. Badania przy kwalifikacji 1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii, informacji w zakresie leczenia pacjenta kwasem kargluminowym obecnie oraz w przeszłości) oraz opis badania przedmiotowego; 2) stężenie amoniaku w osoczu; 3) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu/surowicy; 4) morfologia z rozmazem; 5) gazometria krwi; 6) profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS; 7) profil acylokarnityn w suchej kropli krwi; 8) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/wysokości ciała, BMI); 9) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej; 10) ciśnienie tętnicze krwi; 11) EKG;

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 2) wystąpienie nadwrażliwości na kwas kargluminowy lub którykolwiek z pozostałych składników leku; 3) cięża lub karmienie piersią; 4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja dietetyczna; 14) konsultacja psychologiczna. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Co najmniej raz na 180 dni ocena stanu pacjenta oraz skuteczności terapii 1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego; 2) stężenie amoniaku w osoczu; 3) gazometria krwi; 4) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu /surowicy; 5) morfologia z rozmazem; 6) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI); 7) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej; 8) EKG; 9) konsultacja neurologiczna; 10) konsultacja dietetyczna; 11) konsultacja psychologiczna w zależności od potrzeb; 12) badanie EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach). Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.
---	--	---

		Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.1; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

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) <i>entrektynib</i>, 2) <i>larotrektytib</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne nowotworu litégo; 2) obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, <i>next-generation sequencing</i>) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 3) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym lub nowotwór, w przypadku którego resekcja	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. 1.1. Entrektynib Zalecana dawka <i>entrektynibu</i> u dorosłych to 600 mg raz na dobę. Zalecana dawka <i>entrektynibu</i> u dzieci i młodzieży to 300 mg/m² raz na dobę, maksymalnie 400 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała do 1,50 m² lub 600 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała od 1,51 m² na dobę. 1.2. Larotrektytib	1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie obecności nowotworu litégo; 2) potwierdzenie obecności fuzji genu NTRK w materiale tkankowym uzyskanym z nowotworu na podstawie wyniku zwalidowanego testu z zastosowaniem molekularnych metod diagnostycznych; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 9) elektrokardiografia (EKG); 10) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; 11) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. 2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem;

chirurgiczna prawdopodobnie doprowadzi do poważnych i niekorzystnych następstw zdrowotnych; 4) brak wcześniejszego leczenia inhibitorem NTRK; 5) wiek od 12 roku życia - w przypadku <i>entrectynibu</i>; 6) wyczerpanie możliwości terapeutyczne lub brak innych terapii, dla których potwierdzono korzyści kliniczne w danym wskazaniu, ustalone na podstawie dokumentacji medycznej przez Zespół Koordynacyjny; 7) obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (lub RANO w przypadku nowotworów OUN) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 8) stan sprawności: a) dorośli oraz dzieci w wieku co najmniej 16 lat 0-1 według w skali ECOG lub równoważny wynik w skali Karnofsky'ego, b) dzieci poniżej 16 r.ż. co najmniej 50 w skali Lansky'ego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w	Zalecana dawka <i>larotrektylibu</i> u dorosłych to 100 mg dwa razy na dobę. Zalecana dawka <i>larotrektylibu</i> u dzieci i młodzieży to 100 mg/m² dwa razy na dobę, maksymalnie 100 mg na dawkę.	2) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) EKG. Wymienione badania powinny być wykonywane co 4 tygodnie za wyjątkiem badania EKG – wg wskazań klinicznych. 3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia 1) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; 2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów OUN) w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania obrazowe wykonywane są co 4 tygodnie lub, w uzasadnionych przypadkach klinicznych, w terminie zgodnym z decyzją lekarza prowadzącego (powód uzasadnionej zmiany terminu badania powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta). W grupie pacjentów uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, częstotliwość wykonywania badań obrazowych może zostać ustalona indywidualnie przez Zespół Koordynacyjny. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:
--	---	--

ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

3. Kryteria zakończenia udziału w programie

- 1) stwierdzenie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym (jeśli z uwagi na charakter choroby taka ocena jest możliwa i miarodajna) lub obrazowym na podstawie kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów w OUN);
- 2) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE lub wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE) zgodnie z zapisami ChPL;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na *entrektynib/larotrektynib* lub na substancję pomocniczą;
- 5) obniżenie sprawności:

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

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

4. Monitorowanie programu

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

a) o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów skali ECOG, b) wynik w skali Karnofsky’ego lub w skali Lansky’ego poniżej 50; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia <i>entrekty nibem</i> /<i>larotrekty nibem</i> ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
--	--	--

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, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji - wiek 18 lat i powyżej; - stan sprawności 0-2 według skali ECOG; - uprzednio nieleczonej układowej amyloidozy łańcuchów lekkich (AL); - eGFR ≥ 20 ml/min/1,73m² pc.; - stężenie NT-proBNP $\leq 8\,500$ ng/l; - skurczowe ciśnienie krwi ≥ 90 mmHg; - brak niewydolności serca w stopniu IIIB i IV wg klasyfikacji NYHA; - brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego; - brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	1. Dawkowanie leków 1.1. daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Daratumumab</u> s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. Maksymalny czas leczenia daratumumabem wynosi 24 cykle. <u>Bortezomib</u>: zalecana dawka 1,3 mg/m² pc. podawana podskórnym w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. <u>Cyklofosfamid</u>: zalecana dawka 300 mg/m² pc. podawana doustnie lub dożylnie (dawka maksymalna 500 mg) w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. <u>Deksametazon</u>: zalecana dawka 40 mg (lub w zmniejszonej dawce 20 mg u pacjentów: w wieku > 70 lat lub ze wskaźnikiem masy ciała [BMI] <18,5 lub u pacjentów z hiperwoleją, źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją steroidów),	1. Badania przy kwalifikacji - badania potwierdzające diagnozę układowej amyloidozy AL: - wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwienią Kongo, - bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin, - wykazanie monoklonalnego rozrostu plazmacytów na podstawie stwierdzenia białka M (badanie elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu) lub dysproporcji sFLC (badanie wolnych łańcuchów lekkich w surowicy) lub obecności klonalnych plazmacytów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne); - ocena zajęcia narządowego – serce: - oznaczenie stężenia NT-proBNP, - oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I, - pomiar wartości ciśnienia tętniczego, - badanie echokardiograficzne serca, - elektrokardiografia (EKG), - rezonans magnetyczny serca (jeśli jest wskazany); - ocena zajęcia narządowego – wątroba:

10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 12) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż: 1) maksymalny czas terapii <i>daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i> w I linii leczenia wynosi 24 cykle (96 tygodni), w tym daratumumab z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem podawany jest przez 6 pierwszych cykli, natomiast przez kolejne 18 cykli daratumumab jest podawany w monoterapii.	podawana doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.	a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, e) ultrasonografia (USG) wątroby; 4) ocena zajęcia narządowego – nerki: a) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie klirensu kreatyniny; 5) ocena zajęcia narządowego – inne narządy (jeśli klinicznie uzasadnione); 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 7) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC); 8) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie klirensu kreatyniny;
--	--	--

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 3 cyklach leczenia) definiowana jako: a) wystąpienie progresji hematologicznej (na podstawie stężenia białka M i sFLC), lub b) wystąpienie progresji narządowej (serca, nerek lub wątroby); 2) brak co najmniej bardzo dobrej odpowiedzi częściowej (VGPR) po 6 cyklach leczenia; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		7) oznaczenie stężenia NT-proBNP; 8) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać po 3 i 6 cyklu leczenia, a następnie przy podejrzeniu utraty odpowiedzi lub progresji, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami: 1) oznaczenie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu; 2) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC); 3) w przypadku zajęcia serca: oznaczenie stężenia NT-proBNP; 4) w przypadku zajęcia wątroby: a) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej, b) ultrasonografia (USG) wątroby; 5) w przypadku zajęcia nerek: a) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie klirensu kreatyniny; 6) dodatkowo inne badania w przypadku zajęcia narządu innego niż serce, wątroba lub nerki (jeśli klinicznie uzasadnione); Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.
---	--	---

		Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) odpowiedź hematologiczna: – całkowita odpowiedź (CR), – bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR), – częściowa odpowiedź (PR), – brak odpowiedzi (NR), – progresja choroby (PD), b) odpowiedź narządowa (sercowa, nerkowa, wątrobowa – jeśli dotyczy), c) przeżycie bez progresji choroby (PFS), d) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie
--	--	--

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

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, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) potwierdzone rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma u pacjenta: a) uprzednio 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 <i>esketaminą</i> w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: 1) wiek od ukończenia 18 roku życia do 75 roku życia; 2) potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej wg obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F33.1 i F33.2; 3) aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym (20-34) lub ciężkim (35-60) wg skali MADRS; 4) przeciwwskazania lub oporność lub brak zgody pacjenta na terapię elektrowstrząsami; 5) potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne (stosowane w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych) w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego; 6) nie więcej niż 5 różnych leków przeciwdepresyjnych w bieżącym epizodzie depresji; 7) co najmniej drugi epizod depresji;	1. Dawkowanie W trakcie leczenia esketaminą w ramach programu lekowego leczeniem towarzyszącym jest terapia doustnym lekiem przeciwdepresyjnym z grupy SSRI lub SNRI. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL). 1.1. Pacjenci poniżej 65 r.ż. Faza indukcji: – tygodnie 1-4: pierwsze podanie 56 mg, kolejne podania 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu. Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia. Faza podtrzymująca: – tygodnie 5-8: 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu, – od 9 tygodnia: 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu.	1. Badania przy kwalifikacji do programu 1) ocena nasilenia depresji wg skali MADRS; 2) badanie psychiatryczne mające na celu udokumentowanie wykluczenia: a) zaburzeń osobowości, b) choroby afektywnej dwubiegunowej, c) uzależnienia od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków; 3) badania laboratoryjne służące ocenie wydolności narządowej; 4) badanie poziomu TSH; 5) pomiar ciśnienia krwi; 6) test ciążowy w celu wykluczenia ciąży – w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) pomiar ciśnienia krwi (przed podaniem leczenia oraz około 40 minut po podaniu dawki, a następnie, zgodnie z potrzebą kliniczną);

8) obecny epizod trwający co najmniej 6 miesięcy wg daty pierwszej wizyty lekarskiej związanej z leczeniem tego epizodu; 9) wykluczenie rozpoznania zaburzeń osobowości typu <i>borderline</i> lub choroby afektywnej dwubiegunowej; 10) brak historii uzależnień w wywiadzie (uzależnienie od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków); 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 12) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 13) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni esketaminą w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia. 2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu - przy czym maksymalny czas leczenia w programie wynosi 8 miesięcy (łącznie faza indukcji i faza podtrzymania). Pod koniec fazy indukcji (po 4 tygodniach leczenia) należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.	Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać. 1.2. Pacjenci od 65 roku życia Faza indukcji: – tygodnie 1-4: pierwsze podanie 28 mg, kolejne podania 28 mg, 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu. Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg. Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia. Faza podtrzymująca: – tygodnie 5-8: 28 mg, 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu, – od 9 tygodnia: 28 mg, 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu. Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg. Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać. 1.3. W fazie podtrzymującej zaleca się utrzymanie dawki, którą pacjent otrzymuje na końcu fazy indukcji. Podczas fazy podtrzymującej, w celu utrzymania remisji/odpowiedzi należy indywidualnie dostosować dawkowanie produktu leczniczego do najniższej częstości podawania.	2) ocena pod kątem rozwoju zachowań lub stanów nadużywania lub niewłaściwego stosowania leku. 2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) ocena nasilenia objawów według skali MADRS: a) w fazie indukcji: – jeden raz w tygodniu, – po koniec fazy indukcji w celu oceny skuteczności terapii warunkującej kontynuację leczenia - zgodnie z pkt 1 kryteriów wyłączenia, b) w fazie podtrzymującej: – przy każdym podaniu leku w celu oceny ewentualnej utruty skuteczności terapii (nawrót choroby) – zgodnie z pkt 2 kryteriów wyłączenia lub uzyskania remisji (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS < 10) lub trwałej remisji (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS < 10 uzyskany w każdym kolejnym badaniu). 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 karboplatiną i paklitakselem a następnie w terapii podtrzymującej dostarlimab w monoterapii; 2) durwalumab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem a następnie w terapii podtrzymującej durwalumab w monoterapii lub w skojarzeniu z olaparybem w zależności od statusu molekularnego guza; 3) pembrolizumab w skojarzeniu z karboplatiną 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 karboplatiną i paklitakselem, a następnie w monoterapii w I linii leczenia Zalecana dawka wynosi 500 mg dostarlimabu w skojarzeniu z karboplatiną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m² pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 6 cyklach, a następnie dostarlimab w monoterapii 1000 mg co 6 tygodni (3 tygodnie pomiędzy cyklem 6, a cyklem 7). 1.2. Durwalumab w skojarzeniu z karboplatiną 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 karboplatiną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m² pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 4-6 cyklach. Po zakończonej chemioimmunoterapii przerwa do kolejnego cyklu wynosi 3 tygodnie, a następnie 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 trombotoplastyny 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 umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. dostarlimabem w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie w terapii podtrzymującej dostarlimabem w monoterapii	Maksymalna całkowita dawka dobową olaparybu w skojarzeniu z durwalumabem wynosi 600 mg. Leczenie należy rozpocząć co najmniej 3 tygodnie do maksymalnie 9 tygodni po dniu ostatniego wlewu chemioterapii. Nie zaleca się zmniejszania dawki durwalumabu. 1.3. Pembrolizumab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie w monoterapii w I linii leczenia Zalecana dawka pembrolizumabu 200 mg co 3 tygodnie w skojarzeniu z karboplatiną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m² pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 6 cyklach, a następnie pembrolizumab w monoterapii 400 mg co 6 tygodni. 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) potwierdzony histologicznie pierwotnie zaawansowany (wg FIGO 2009) lub nawrotowy rak 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, – w stopniu IIIC1 w przypadkach mięsakoraków, postaci jasnokomórkowych, surowiczych i mieszanych 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) albo brak tych zaburzeń, tj. prawidłowa naprawa	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. <u>w przypadku kolejnej linii leczenia systemowego:</u> Dostarlimab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu w monoterapii) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące. Pembrolizumab – co 3 lub co 6 tygodni (tzn. przed każdym podaniem, w zależności od wybranego schematu podawania) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące. 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
---	--	--

nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. proficient mismatch repair, pMMR) lub stabilność mikrosatelitarna (ang. microsatellite stable, MSS), potwierdzone za pomocą zwalidowanego testu. Tylko w przypadku udokumentowanego braku możliwości oznaczenia, dopuszcza się do leczenia pacjentki o nieznanym statusie molekularnym guza. 1.2.2. durwalumabem w skojarzeniu z karboplatiną 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 rak 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		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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 mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) - w przypadku leczenia durwalumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą platyny a następnie w terapii podtrzymującej durwalumabem. albo b) brak zaburzeń systemu naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair proficient, pMMR) lub bez wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite stable; bez MSI-H) - w przypadku leczenia durwalumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą platyny a następnie w terapii podtrzymującej durwalumabem z olaparybem. Tylko w przypadku udokumentowanego braku możliwości oznaczenia, dopuszcza się do leczenia pacjentki o nieznanym statusie molekularnym guza. 1.2.3. pembrolizumabem w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie w terapii podtrzymującej pembrolizumabem w monoterapii 1) potwierdzony histologicznie pierwotnie zaawansowany (wg FIGO 2009) lub nawrotowy rak endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego; a) po leczeniu operacyjnym w stopniu III-IV:		
--	--	--

– w stopniu IIIA, IIIB lub IIIC1 z obecnością choroby resztkowej, – w stopniu IIIC2 lub IV bez względu na obecność choroby resztkowej, lub b) niekwalifikujący się do leczenia operacyjnego w stopniu III-IV, lub c) z nawrotem choroby niekwalifikujący się do leczenia radykalnego, u chorych wcześniej nieleczonych chemioterapią, lub d) po terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej, gdy doszło do progresji choroby po co najmniej 12 miesiącach od zakończenia chemioterapii. 2) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) albo brak tych zaburzeń, tj. prawidłowa naprawa nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. proficient mismatch repair, pMMR) lub stabilność mikrosatelitarna (ang. microsatellite stable, MSS), potwierdzone za pomocą zwalidowanego testu. Tylko w przypadku udokumentowanego braku możliwości oznaczenia, dopuszcza się do leczenia pacjentki o nieznanym statusie molekularnym guza. 1.2.4. dostarlimabem albo pembrolizumabem w monoterapii w kolejnej linii leczenia systemowego		
--	--	--

- 1) potwierdzenie nawrotowego lub zaawansowanego (stadium $\geq$ IIIB) raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego;
- 2) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub radioterapii.
- 3) progresja choroby w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu chemioterapii dwulekowej zawierającego platynę;
- 4) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu.

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

- 1) stosowania dostarlimabu w skojarzeniu z chemioterapią, a następnie w monoterapii jako leczenia podtrzymującego, może trwać maksymalnie 36 miesięcy.
- 2) stosowania pembrolizumabu w skojarzeniu z chemioterapią, a następnie w monoterapii jako leczenia podtrzymującego, może

trwać maksymalnie 20 cykli (6 cykli z chemioterapią, a następnie 14 cykli w monoterapii). 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na dostarlimab albo durwalumab albo olaparyb albo pembrolizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, potwierdzonej na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym 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 CHOROBAŁ PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI (ICD-10: T86.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego pacjentom z: 1) ostrą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD), albo 2) przewlekłą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD), udostępnia się terapię ruksolitynibem <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczegółnej terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) pacjent z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 2) wiek 12 lat i powyżej; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	1. Dawkowanie leku 1.1. ruksolitynib Zalecana dawka początkowa ruksolitynibu w leczeniu ostrej i przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg). 2. Modyfikacja dawkowania leku Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi; 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD) 1) badania wykonywane nie rzadziej niż co 14 dni: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD) 1) rozpoznanie ostrej (stopnia II do IV) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC; 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych: a) progresja choroby w zakresie jakiegokolwiek narządu w ciągu 5 dni od rozpoczęcia stosowania dawki $\geq 2,0$ mg/kg mc., a w przypadku aGvHD w stopniu II przynajmniej 0,5mg/kg mc. metyloprednizolonu lub jego odpowiednika, b) brak odpowiedzi na kortykosteroidy w ciągu 7 dni, c) niecałkowita odpowiedź na leki immunosupresyjne w tym kortykosteroidy po 28 dniach stosowania.		2.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD) 1) badanie wykonywane co 2-4 tygodnie – morfologia krwi; 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) w zależności od sytuacji klinicznej – badania w kierunku zakażeń wirusowych (np. CMV, EBV, BKV, Parwovirus B19 i innych). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 3.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD) 1) nie rzadziej niż co 14 dni – ocena stopnia nasilenia objawów aGvHD według kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC. 3.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD) 1) nie rzadziej niż co 28 dni – ocena stopnia nasilenia objawów cGvHD według kryteriów np. NIH (National Institutes of Health). Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona według tych samych kryteriów dla oceny stopnia nasilenia objawów, które były zastosowane podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia i powinna pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.
---	--	---

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)

- 1) rozpoznanie przewlekłej (umiarkowanej lub ciężkiej) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. NIH (National Institutes of Health);
- 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:
 - a) progresja objawów ciężkiej cGvHD w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce $\geq 1,0$ mg/kg mc, a w przypadku cGvHD umiarkowanej – w dawce $\geq 0,5$ - $1,0$ mg/kg mc. lub odpowiednika przez 2 tygodnie,
 - b) stabilizacja objawów w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce $\geq 0,5$ mg/kg mc. lub odpowiednika przez miesiąc,
 - c) nawrót objawów przy próbie odstawienia metyloprednizolonu lub odpowiednika.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż leczenie trwa maksymalnie do

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
 - a) w przypadku aGvHD:
 - całkowita odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
 - częściowa odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
 - brak odpowiedzi (NR),
 - b) w przypadku cGvHD:
 - całkowita odpowiedź na leczenie,
 - częściowa odpowiedź na leczenie,
 - brak odpowiedzi (NR),
 - c) przeżycie całkowite (OS);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

czasu ustąpienia wszystkich objawów choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi z uwzględnieniem czasu potrzebnego do stopniowej redukcji dawki ruksolitynibu po uzyskaniu odpowiedzi na leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi; 2) brak jakiegokolwiek odpowiedzi na leczenie po maksymalnie: a) 8 tygodniach w przypadku aGvHD, b) 24 tygodniach w przypadku cGvHD; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
--	--	--

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) <i>anifrolumabem</i>, 2) <i>rytuksymabem</i> <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) 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 dożylniej 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 zbiorce moczu w przypadku dodatniego wyniku badania ogólnego moczu; 11) miano p/ciał przeciwwjądrowych (ANA) met. IF; 12) profil ANA (w przypadku dodatniego miana ANA); 13) dsDNA; 14) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4; 15) stężenie IgG, IgM, IgA (w przypadku kwalifikacji do leczenia rytuksymabem);

ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 ≥ 1 A lub ≥ 2 B, oraz iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) > 1, pomimo stosowania GKS w przeliczeniu na prednizon w dawce $\geq 5,0$ mg/dobę oraz co najmniej dwóch leków spośród rekomendowanych dla danej postaci klinicznej TRU, jak metotreksat lub mykofenolan mofetylu lub cyklofosfamid lub azatiopryna lub leki antymalaryczne lub inhibitory kalcyneuryny lub immunoglobuliny lub rytuksymab zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, jeśli zastosowanie danego leku nie jest 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 zdefiniowaną jako: i. wartość SLEDAI-2K ≥ 6, w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K ≥ 4, lub ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 ≥ 1 A lub ≥ 2 B, oraz iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) > 1,		16) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 17) obecność antygeny HBs; 18) przeciwciała anty-HBc; 19) przeciwciała anty-HCV; 20) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 21) EKG; 22) RTG lub TK klatki piersiowej (maksymalnie do 6 m-cy przed kwalifikacją); 23) stężenie prokalcytoniny (do decyzji lekarza); 24) test ciążowy (do decyzji lekarza); 25) USG stawów (do decyzji lekarza); 26) echo serca (do decyzji lekarza); 27) EMG (do decyzji lekarza). 2. Monitorowanie leczenia 1) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania leku należy wykonać: a) stężenie CRP, b) morfologię krwi, c) płytki krwi (PLT), d) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy, e) AST i ALT, f) CK (do decyzji lekarza), g) badanie ogólne moczu, h) białko w dobowej zbiorce moczu (do decyzji lekarza), i) dsDNA, j) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4,
--	--	---

pomimo stosowania GKS w przeliczeniu na prednizon w dawce ≥ 5 mg/dobę oraz co najmniej dwóch leków spośród rekomendowanych dla danej postaci klinicznej TRU, jak metotreksat lub mykofenolan mofetylu lub cyklofosfamid lub azatiopryna lub leki antymalaryczne lub inhibitory kalcyneuryny lub immunoglobuliny lub anifrolumab zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, jeśli zastosowanie danego leku nie jest 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 każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc) w przypadku leczenia anifrolumabem lub po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od podania kolejnego cyklu w przypadku leczenia rytuksymabem. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie
--	--	---

klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Czas leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6-12 miesiącach (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc). Miernikiem adekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie wymienionych kryteriów odpowiedzi SRI-4 (a-c) lub BICLA (d-f) lub uzyskanie niskiej aktywności LLDAS (g-i) lub zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby (j): a) zmniejszenie wartości SLEDAI-2K o ≥ 4, b) brak pogorszenia w innych układach narządów, c) brak pogorszenia PGA $\geq 0,3$, lub d) poprawa wszystkich wyjściowych ocen A do B/C/D oraz ocen B do C/D w skali BILAG-2004, e) brak pogorszenia w innych układach narządów, f) brak pogorszenia PGA $\geq 0,3$ w skali 0-3, lub g) wartość SLEDAI-2K ≤ 4 lub wartość klinicznego SLEDAI-2K ≤ 2, h) wartość PGA ≤ 1,		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

i) aktualnie przyjmowana dawka GKS w przeliczeniu na prednizon $\leq 7,5$ mg/dobę, lub j) zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby definiowane jako co najmniej jedna nowa ocena A lub co najmniej dwie nowe oceny B w skali BILAG-2004 w odniesieniu do okresu 12 miesięcy poprzedzających leczenie w programie; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
4. Kryteria ponownego włączenia do programu 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność		

choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		
---	--	--

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy w przypadku dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży oraz co 12 miesięcy w przypadku dorosłych odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2 lub 1.3) dla poszczególniej grupy wiekowej. 1.1. Ogólne 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) stężenie fosforanów w surowicy na czczo poniżej zakresu prawidłowego, odpowiedniego dla wieku (dotyczy pacjentów nieleczonych <i>burosumabem</i>);	1. Dawkowanie leków w programie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). <u>Dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzież</u> Zalecana początkowa dawka <i>burosumabu</i> wynosi 0,8mg/kg masy ciała (dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wielokrotności 10 mg) podawana co 2 tygodnie. Dawka maksymalna wynosi 90 mg. <u>Dorośli</u> Zalecana dawka początkowa <i>burosumabu</i> u osób dorosłych to 1,0 mg/kg masy ciała, zaokrąglane do najbliższej wielokrotności 10 mg do maksymalnej dawki 90 mg, podawane co 4 tygodnie. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.	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 (dotyczy dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży); 15) ocena nasilenia bólu w skali BPI w ostatnich 7 dniach (dotyczy dorosłych);

- 3) przerwanie stosowania doustnych fosforanów i aktywnych analogów witaminy D na 1 tydzień przed rozpoczęciem leczenia *burosumabem*;
- 4) wykluczenie ciężkiego zaburzenia czynności nerek lub schyłkowej niewydolności nerek;
- 5) wykluczenie pierwotnej nadczynności przytarczyc;
- 6) brak przeciwwskazań do terapii określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL);
- 7) poziom wapnia w surowicy zgodnie z normami skorygowanymi względem wieku.

1.2. Dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzież:

- 1) dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzież, u której nie nastąpiło zamknięcie płytki wzrostowej (chrząstki nasadowej);
- 2) radiologicznie potwierdzona choroba kości (RSS ≥ 2).

1.3. Dorośli:

- 1) wiek ≥ 18 r.ż.;
- 2) obecne uporczywe (przewlekłe) oraz wyniszczające kliniczne objawy choroby w wyniku przewlekłej hipofosfatemii (definiowane jako obecność bólu szkieletowego związanego z XLH tj. wynik >4 w skali BPI „najgorszy ból” w ostatnich 7 dniach) (dotyczy pacjentów nieleczonych *burosumabem* przed 18 r. ż.);
- 3) chorzy u których doustne fosforany i aktywna witamina D nie mogą być zastosowane ze względu na nietolerancję lub niewystarczającą skuteczność;
- 4) chorzy, u których stwierdza się obecność pseudozłamań i/lub cech znacznej osteomalacji w badaniu obrazowym (dotyczy pacjentów nieleczonych *burosumabem* przed 18 r. ż.);

- 16) ocena funkcjonowania fizycznego w skali WOMAC (dotyczy dorosłych).

2. Monitorowanie leczenia

- 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 (ALP)
- 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 (dotyczy dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży);
- 12) badanie USG nerek;
- 13) ocena funkcjonowania fizycznego w skali WOMAC (dotyczy dorosłych).
- 14) ocena nasilenia bólu w skali BPI u pacjentów dorosłych.

Badania wykonuje się:

- 1) co 2 tygodnie w przypadku stężenia fosforanów w surowicy 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 oraz fosfatazy alkalicznej (ALP) w surowicy (dotyczy dzieci w wieku 1-2 lat) i stężenia fosforanów oraz wapnia w

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas 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 Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy w przypadku dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży oraz co 12 miesięcy w przypadku dorosłych, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. W przypadku ukończenia przez pacjenta 18 r.ż., możliwa jest kontynuacja terapii po spełnieniu kryteriów kwalifikacji określonych w pkt. 1.1 oraz 1.3 oraz wykluczeniu kryteriów określonych w pkt. 3.1 oraz 3.3. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 3.1. Wspólne kryteria wyłączenia: 1) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego;		moczu); 3) co 3 miesiące w przypadku fosfatazy alkalicznej w surowicy (dotyczy dzieci w wieku 1-2 lat) oraz w przypadku stężenia fosforanów i wapnia w moczu; 4) co 6 miesięcy przez pierwszych 12 miesięcy terapii, a następnie co roku w przypadku USG nerek; 5) co 12 miesięcy ocena funkcjonowania fizycznego w skali WOMAC (dotyczy dorosłych). 6) co 6 miesięcy w przypadku nasilenia bólu w skali BPI u pacjentów dorosłych. 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 podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy w przypadku dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży oraz co 12 miesięcy w przypadku dorosłych: 1) normalizacja stężenia fosforanów przy dwóch kolejnych oznaczeniach (dotyczy dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży); 2) normalizacja stężenia fosforanów po pierwszych 12 miesiącach oraz utrzymywanie stężenia fosforanów w zakresie normy przy kolejnych oznaczeniach (dotyczy dorosłych); 3) poprawa wyniku w skali WOMAC (dotyczy dorosłych);
--	--	---

- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;
- 4) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 6) 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.

3.2. Dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzież:

- 1) ukończenie przez chorego 18 r.ż.;
- 2) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności 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

- 4) normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach (dotyczy dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży);
- 5) dynamika (trend) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach (dotyczy dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży);
- 6) poprawa całkowitego wyniku RSS względem wartości początkowych (dotyczy dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży);
- 7) utrzymanie wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. Leczenia (dotyczy dzieci w wieku ≥ 1 r.ż. oraz młodzieży).

4. Monitorowanie programu

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

sytuacji, które fizjologicznie lub patologicznie podwyższają poziom ALP); 3) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie jednego z następujących kryteriów ocenianych w 12-tym miesiącu leczenia: a) brak poprawy całkowitego wyniku RSS o $\geq 0,5$ pkt. w 12 mies. względem wartości początkowych (momentu rozpoczęcia leczenia), b) brak utrzymania wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. Leczenia. 3.3. Dorośli: 1) brak normalizacji stężenia fosforanów po 12 miesiącach leczenia w stosunku do wartości początkowych lub brak utrzymywania stężenia fosforanów w zakresie normy przy kolejnych oznaczeniach (w warunkach, w których osiągnięto maksymalną zalecaną dawkę burosumabu) lub 2) brak poprawy wyniku funkcjonowania fizycznego w skali WOMAC po 12 miesiącach leczenia w stosunku do wartości początkowych.		
---	--	--

Załącznik B.152.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCĄ RODZINNĄ CHOLESTAZĄ WEWNĄTRZWĄTROBOWĄ (PFIC) (ICD-10: K76.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) <i>odewiksybat</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji: 1) kliniczne rozpoznanie PFIC typu 1 lub PFIC typu 2; 2) wiek 6 m.ż. i powyżej; 3) potwierdzenie genetyczne PFIC-1 (w genie <i>ATP8B1</i>) lub PFIC-2 (w genie <i>ABCB11</i>); 4) masa ciała powyżej 5 kg; 5) podwyższone stężenie kwasów żółciowych w surowicy (s-BA) ($\geq 100 \mu\text{mol/l}$); 6) w wywiadzie uporczywy świąd tj. wynik w skali ObsRO ≥ 2 w ciągu 2 tygodni przed włączeniem do programu; 7) nieskuteczność kwasu ursodeoksycholowego oraz brak odpowiedzi na jeden z leków stosowanych w leczeniu świądu u pacjentów z chorobami cholestatycznymi (żywice jonowymienne, fibraty, ryfampicyna, naltrekson);	1. Dawkowanie Dawkowanie <i>odewiksybatu</i> w programie i modyfikacja leczenia – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu PFIC.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) ocena parametrów czynności wątroby: a) stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids), b) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT), c) aminotransferaza alaninowa (AlAT), d) gamma-glutamylotransferaza (GGTP), e) fosfataza alkaliczna (ALP), f) alfa-fetoproteina (AFP) g) bilirubina całkowita; 2) ocena stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; 3) ocena międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); 4) badania obrazowe wątroby wg decyzji lekarza prowadzącego; 5) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4; 6) potwierdzenie w badaniach genetycznych PFIC-1 w genie <i>ATP8B</i> lub PFIC-2 w genie <i>ABCB11</i>.

- 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy pacjentów w wieku prokreacyjnym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu

- 1) patologiczne zmiany genu ABCB11, które przewidują całkowity brak funkcji BSEP;
- 2) obecność lub występujące w przeszłości inne rodzaje chorób wątroby, w tym między innymi:
 - a) atrezja dróg żółciowych wszelkiego rodzaju,
 - b) łagodna nawracająca cholestaza wewnątrzwątrobową, na którą wskazuje jakikolwiek wywiad z prawidłowymi SBA,
 - c) podejrzenie lub potwierdzony w badaniach obrazowych rak wątroby lub przerzuty do wątroby,
 - d) histopatologia w biopsji wątroby, która sugeruje alternatywną etiologię cholestazy niezwiązaną z PFIC;
- 3) trwająca lub w historii choroby obecność 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 stężenia $\leq 70 \mu\text{mol/l}$ (28,6 $\mu\text{g/ml}$);

4) trwająca lub przebyta w historii choroby przewlekła (tj. >3 miesiące) biegunka wymagająca podania płynów dożylnych lub interwencji żywieniowej w celu leczenia biegunki lub jej następstw; 5) przebycie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD), który okazał się skuteczny. Ocenę skuteczności zabiegu chirurgicznego powinno się wykonać nie wcześniej niż 4-6 tygodni od zabiegu. W przypadku potwierdzenia nieskuteczności zabiegu chirurgicznego (bez określania kryterium czasu) – możliwe jest zastosowanie leczenia <i>odewiksybatem</i> w zależności od indywidualnej oceny lekarza; 6) wcześniejszy przeszczep wątroby lub przeszczep wątroby zaplanowany w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia; 7) niewyrównana choroba wątroby, koagulopatia, wywiad lub obecność klinicznie istotnego wodobrzusza, krwotoku żylakowego lub encefalopatii; 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) >1,4; 9) stężenie ALAT w surowicy >10 × górna granica normy (GGN) w badaniu wstępnym; 10) stężenie ALAT w surowicy >15 × GGN w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 11) całkowita bilirubina >10 × GGN w badaniu wstępnym. 3. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu Świadczeniobiorcy z programu.		2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora (ObsRO) – za skuteczne uznaje się leczenie wówczas gdy ocena świądu stanowi wynik ≤ 1 lub poprawa o co najmniej 1 punkt względem stanu wyjściowego (oceny świądu przeprowadzane są rano i wieczorem, stosując 5-punktową skalę Albireo ObsRO (0–4)); 3) oceny konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby - za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie jest konieczne wykonanie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby; 4) oceny progresji w zakresie zwłóknienia wątroby metodą elastografii lub APRI lub FIB-4 – za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie dochodzi do progresji zwłóknienia w ocenie lekarza prowadzącego mającego doświadczenie w leczeniu PFIC. Określenie stopnia zwłóknienia wątroby powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Powyższe badania laboratoryjne i obrazowe wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia <i>odewiksybatem</i> wykonuje się w 3 oraz 6 miesiącu od rozpoczęcia terapii, a następnie co 3 miesiące. Odpowiedź kliniczna na leczenie <i>odewiksybatem</i>, definiowana jest jako spełnienie jednego z warunków określonych w punktach 1-2, przy jednoczesnym spełnieniu łącznie warunków określonych w punktach 3-4. 4. Monitorowanie programu
--	--	--

Pacjenci, którzy nie wykazują korzyści klinicznych po 6 miesiącach ciągłego leczenia w programie, zgodnie z pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia, zostają z niego wyłączeni.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia;
- 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:
 - a) stężenia kwasów żółciowych w surowicy,
 - b) ocena świądu oraz jakości snu w skali ObsRO,
 - c) zmiany stężenia wyszczególnionych w powyższych pkt. parametrów laboratoryjnych,
 - d) konieczność/brak konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego,
 - e) ocena stopnia zwłóknienia wątroby;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

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) <i>kannabidiol</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu stwardnienia guzowego, w przypadku braku pełnej kontroli napadów padaczkowych z zastosowaniem aktualnie stosowanych leków przeciwpadaczkowych; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Maksymalna dawka <u>kannabidiolu</u> to 12,5 mg/ kg mc. podawana 2 x dobę (25 mg/kg mc./dobę).	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu stwardnienia guzowego wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów: a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu; b) liczba dni bez napadów; c) najdłuższy czas trwania napadu; d) semiologia napadu;

6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania <i>kannabidiolu</i> zgodnie z aktualną ChPL; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia <i>kannabidiolem</i>, rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia <i>kannabidiolem</i>; 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdym kolejnych 3 miesiącach leczenia <i>kannabidiolem</i> rozumianej jako		e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków w przerywających napad. 2.2. Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania <i>kannabidiolu</i> należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. 2.3. Po 4 miesiącach od pierwszego podania <i>kannabidiolu</i> należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności. <u>Wskaźniki efektywności:</u> a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia <i>kannabidiolem</i>; b) liczba dni bez napadów; c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza; d) działania niepożądane. Jeżeli terapia jest kontynuowana: – powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy; – ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące.
---	--	---

nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia <i>kannabidiolem</i>; 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka; 4) dodanie nowego leku do schematu leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku braku adekwatnej odpowiedzi zgodnie z punktem 3.1. lub 3.2. (nie dotyczy leków stosowanych krótkotrwale do przerywania napadu); 5) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 8) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 9) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		W przypadku zmiany dawki <i>kannabidiolu</i> powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. 2. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.3.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	---

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) <i>kannabidiol</i>, 2) <i>fenfluramina</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu Lennox-Gastauta lub zespołu Dravet, w którym napady padaczkowe nie są w pełni kontrolowane przez aktualnie stosowane leki przeciwpadaczkowe; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) w przypadku kwalifikacji do terapii kannabidiolem: obecna terapia przeciwpadaczkowa prowadzona z użyciem klobazamu	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). 1.1. Dawkowanie kannabidiolu <u>Kannabidiol</u> jest wskazany do stosowania w leczeniu napadów padaczkowych związanych z zespołem Lennox-Gastauta (LGS) lub z zespołem Dravet (DS) jako lek wspomagający w skojarzeniu z klobazamem. Maksymalna dawka <u>kannabidiolu</u> to 10 mg/kg mc. podawana 2 x dobę (20 mg/kg mc./dobę). 1.2. Dawkowanie fenfluraminy Maksymalna dawka fenfluraminy to 26 mg (13 mg dwa razy na dobę, tj. 6,0 ml dwa razy na dobę). Fenfluramina objęta jest programem kontrolowanego dostępu, który zapobiega stosowaniu poza wskazaniami rejestracyjnymi do zmniejszania masy ciała u pacjentów otyłych oraz	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1.1. Terapia kannabidiolem: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 1.2. Terapia fenfluraminą: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie echokardiograficzne; 3) pomiar ciśnienia krwi; 4) badania antropometryczne (masa ciała, BMI). Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu Lennox-Gastauta lub zespołu Dravet wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dziennikiem 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 przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania: a) kannabidiolu oraz klobazamu zgodnie z aktualną ChPL w przypadku kwalifikacji do terapii kannabidiolem, b) fenfluraminy zgodnie z aktualną ChPL w przypadku kwalifikacji do terapii fenfluraminą; 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.	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 w przypadku: a) wystąpienia przeciwwskazań zgodnych z aktualną ChPL, b) braku skuteczności opisaną w pkt. 4. przy spełnieniu kryteriów kwalifikacji do danej terapii. Zmiana możliwa jest po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet. Przy zmianie terapii, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet wskaże wartości wyjściowe do kolejnych ocen skuteczności. 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia (± 14 dni), rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia; 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdym kolejnych 3 miesiącach leczenia (± 14 dni) rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia; 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka; 4) zakończenie stosowania klobazamu – dotyczy terapii kannabidiolem;		1) przez pierwsze dwa lata badanie echokardiograficzne należy wykonywać co 6 miesięcy, następnie co rok; 2) badania wykonywane raz w roku: a) morfologia krwi z rozmazem, b) pomiar ciśnienia krwi, c) pomiary antropometryczne (masa ciała, BMI); 3) badanie echokardiograficzne należy wykonać 3-6 miesięcy po zakończeniu/przerwaniu terapii z jakiegokolwiek przyczyny. 2.4. Po 4 miesiącach (± 14 dni) od pierwszego podania kannabidiolu lub fenfluraminy należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności. <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) <i>selumetynib</i>; <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek: ≥ 3 i ≤ 18 r.ż.; 2) powierzchnia ciała $\geq 0,55\text{m}^2$; 3) zdolność do połykania całych kapsułek bez niszczenia ich otoczki i wysypywania zawartości; 4) potwierdzone klinicznie lub molekularnie rozpoznanie NF-1 zgodnie z najnowszymi kryteriami konferencji konsensusu NIH-88; 5) objawowy tj. powodujący istotne objawy kliniczne wymagające interwencji medycznej lub zagrożenie dla zdrowia lub życia, nieoperacyjny nerwiakowłókniak splotowaty (PN) co najmniej 3 cm w jednym wymiarze, którego nie można całkowicie usunąć chirurgicznie bez ryzyka znacznych powikłań z powodu	1. Dawkowanie Zalecana dawka <i>selumetynibu</i> wynosi $25\text{mg}/\text{m}^2$ powierzchni ciała, przyjmowana doustnie dwa razy na dobę (co około 12 godzin). Dawka jest ustalana indywidualnie na podstawie powierzchni ciała (mg/m^2) i zaokrąglana do najbliższej dostępnej wartości dawki 5 mg lub 10 mg (do maksymalnej pojedynczej dawki 50 mg). Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL. Każdy cykl leczenia trwa 28 dni.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej; 3) oznaczenie stężenia albuminy; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) ocena aktywności kinazy fosfokreatynowej; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 8) ocena koagulogramu; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF): a) wywiad w kierunku występowania zaburzeń czynności lewej komory serca u pacjentów z początkową wartością LVEF poniżej dolnej granicy normy (DGN); b) echokardiografia – ocena LVEF (przed rozpoczęciem leczenia LVEF powinna być wyższa niż DGN); 11) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR (wynik nie starszy niż dwa miesiące); 12) szczegółowe badanie okulistyczne z wykluczeniem obecnej lub przebytej w przeszłości retinopatii surowiczej środkowej,

lokalizacji lub bezpośredniego sąsiedztwa ważnych życiowo struktur anatomicznych, inwazyjności lub bogatego unaczynienia, powodującego określone ryzyko chirurgiczne zabiegu. Świadczeniobiorca, który przeszedł resekcję PN może kwalifikować się do leczenia pod warunkiem, że PN nie został całkowicie wycięty i możliwa jest jego ocena wolumetryczna za pomocą badania rezonansu magnetycznego; 6) stan sprawności: a) dorośli i dzieci w wieku co najmniej 16 lat stan sprawności co najmniej 70% w skali Karnofsky’ego, b) dzieci w wieku poniżej 16 r.ż. co najmniej 70% w skali Lansky’ego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 8) nieobecność istotnych stanów i schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego, w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak trwającej terapii przeciwnowotworowej niezależnie od przyczyny, w tym zawłaszcza: radioterapii, chemioterapii, terapii hormonalnej, przeciwnowotworowej immunoterapii lub terapii biologicznej; 10) nieobecność transformacji złośliwej PN do złośliwego guza osłonek nerwów obwodowych (MPNST), w PN o radiologicznych lub klinicznych cechach pobudzenia (tzw. Atypowe PN) na podstawie biopsji i badania histopatologicznego; 11) brak zmian patologicznych w dokładnym badaniu okulistycznym sugerujących odwarstwienie nabłonka		obecnej lub przebytej w przeszłości niedrożności żyły siatkówkowej oraz oceną ciśnienia śródgałkowego (IOP) i wykluczaniem niekontrolowanej jaskry; 13) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała; 14) ocena ryzyka zadławienia kapsułką i zaburzeń połykania. 2. Monitorowanie 2.1. Monitorowanie leczenia pacjentów 1) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR; 2) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała (w celu dostosowania dawki leku); 3) echokardiografia - ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); 4) ocena okulistyczna; 5) badania laboratoryjne dotyczące wątroby: a) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej, b) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej, c) oznaczenie stężenia albuminy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) ocena zmian skórnych i zaburzeń tkanki podskórnej; 7) ocena krzepliwości (w tym INR lub czas protrombinowy). Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 6 cykli leczenia; 2) każdorazowo w przypadku wskazań klinicznych albo wyłączenia pacjenta z programu. 2.2. Monitorowanie skuteczności terapii
--	--	--

barwnikowego siatkówki (ang. retinal pigment epithelial detachment, RPED) lub centralną surowiczą retinopatię (ang. central serous retinopathy, CSR) ze zmniejszoną ostrością widzenia oraz jaskrę (nie wlicza się w to zaburzeń widzenia związanych z powikłaniami rozwoju typowych dla NF1 glejaków nerwów wzrokowych lub PN oczodołu); 12) upływanie co najmniej: a) 4 tygodni od ewentualnego leczenia farmakologicznego z powodu PN oraz ustąpienie wszystkich ostrych działań niepożądanych, b) upływanie co najmniej 6 tygodni od zastosowanej radioterapii, c) upływanie co najmniej 4 tygodni od zabiegu chirurgicznego; 13) brak przeciwwskazań do stosowania <i>selumetynibu</i>; 14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W związku z bezpieczeństwem stosowania leczenie może zostać czasowo wstrzymane zgodnie z zapisami aktualnej ChPL. Pacjenci pełnoletni, którzy rozpoczęli leczenie w programie przed ukończeniem 18 roku życia mogą kontynuować terapię w programie	Na podstawie wyników oceny wolumetrycznej PN w badaniu MR określa się dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: 1) całkowitą odpowiedź (CR) rozumianą jako brak obecności wybranego do oceny PN; 2) odpowiedź częściową (PR) rozumianą jako zmniejszenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową. PR uznaje się za niepotwierdzony przy pierwszym wykryciu, potwierdzony po ponownym zaobserwowaniu w kolejnym wolumetrycznym MR; 3) chorobę stabilną (SD) rozumianą jako niewystarczającą zmianę objętości wybranego do oceny leczenia PN w stosunku do wartości wyjściowej, aby kwalifikować się do PR lub progresji choroby; 4) progresję choroby (PD) rozumianą jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR; 5) jakość życia wg kwestionariusza PedsQL; 6) ocena nasilenia bólu wg NRS-11 (ang. Numerical Rating Scale) oraz PII (ang. Pain Interference Index). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku, określając przy tym: 1) czas do progresji (PFS); 2) całkowity odsetek odpowiedzi w programie lekowym (ORR); 3) wskaźnik wzrostu PN (ang. PN growth rate).
--	---

pod warunkiem ustalenia przewagi korzyści nad ryzykiem w ocenie lekarza prowadzącego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz na podstawie wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2.2 Monitorowanie skuteczności terapii.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak korzyści klinicznych lub progresja choroby, rozumiana jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *selumetynib* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL;
- 4) klinicznie istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub utrzymujący się stan sprawności:
 - a) niższy niż 70% według skali Karnofsky'ego w przypadku dorosłych i dzieci mających co najmniej 16 lat,
 - b) niższy niż 70% według skali Lansky'ego w przypadku dzieci poniżej 16 lat;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia *selumetynibem* ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników wymienionych w pkt. 2.2., z częstotliwością zgodną z opisem programu;
- 3) kliniczne przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

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) <i>dupilumabem</i>, 2) <i>mepolizumabem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wiek ≥ 18 lat; 2) potwierdzone zapalenie typu 2: tkankowa eozynofilia ≥ 10/wpw lub eozynofilia we krwi ≥ 150, lub IgE całkowite ≥ 100; 3) ciężkie przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych: a) obustronne polipy nosa (potwierdzone badaniem endoskopowym) – wynik w skali NPS ≥ 5, b) wynik w skali SNOT-22 ≥ 40; 4) brak kontroli choroby stwierdzonej przez lekarza prowadzącego mimo stosowania kortykosteroidów ogólnoustrojowych lub przeciwwskazania do ich zastosowania (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023); 5) co najmniej 2 zabiegi chirurgiczne zatok przynosowych z otwarciem co najmniej 3 zatok w tym sitowia tylnego (zatoki	1. Dawkowanie 1.1. dupilumab Dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna dupilumabu u dorosłych pacjentów to podanie 300 mg. Następnie dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 300 mg co dwa tygodnie. 1.2. mepolizumab Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu to 100 mg podawane 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 stężenia IgE (aktualne wyniki- ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 5) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;

sitowej tylnej) udokumentowane w wywiadzie (ostatni zabieg wykonany co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu) lub przeciwwskazania do operacji zgodnymi z obowiązującymi przeciwwskazaniami do zabiegu chirurgicznego w PZZPzPN (kwestionariuszem kwalifikacji do zabiegu); 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Czas leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz	3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię zapalenia nosa i zatok przynosowych danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	7) ocena nasilenia objawów w skali NPS (w oparciu o wyniki badania endoskopowego) oraz SNOT-22; 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych; 9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie leczenia Po 24 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej, a następnie po 4 miesiącach należy wykonać: 1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg: a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym, b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe, c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22, d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;
--	---	--

może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

Stosowanie mepolizumabu u kobiet w ciąży należy rozważać jedynie wtedy, gdy oczekiwana korzyść dla matki przewyższa potencjalne ryzyko dla płodu. W przypadku zajścia w ciążę lekarz może zdecydować o zawieszeniu terapii mepolizumbem. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak skuteczności, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta, rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z kryteriów:
 - obniżenie wyniku w skali NPS o ≥ 1 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem),
 - obniżenie wyniku w skali SNOT-22 o $\geq 8,9$ pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem),
 - redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
 - zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa

Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 4 miesiące:

- 1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
 - a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,
 - c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
 - d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA 2023) wg:
 - a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym,
 - b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
 - c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22,
 - d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej

5) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	--

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) <i>rytuksymab</i>, 2) <i>efgartigimod alfa</i>, 3) <i>rawulizumab</i>, 4) <i>rozanoliksyzumab</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek: 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie miastonii uogólnionej (myasthenia gravis, MG), według Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA): klasa II, III lub IV; 3) całkowity wynik w skali MG-działania życia codziennego (MG-ADL) ≥ 5, w tym minimum 50% uzyskanych punktów z objawów pozaocznych; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. 1. Dawkowanie rytuksymabu <u>Leczenie inicjujące:</u> Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.): a) 375 mg/m² pow. ciała podawana co tydzień przez 4 kolejne tygodnie, lub b) dwie dawki po 1 g w odstępie 2 tygodni. <u>Leczenie podtrzymujące:</u> Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.): a) 375 mg/m² pow. ciała, lub b) 500 mg. podawane w odstępach minimum 6 miesięcy.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) ocena stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wraz z określeniem wartości w punkcie początkowym; 2) w przypadku braku wcześniejszego wyniku oznaczenie statusu serologicznego miastonii; 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 5) morfologia krwi z rozmazem; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; <u>dotyczy terapii rytuksymabem:</u> 8) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM; 9) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20; 10) badanie CRP; 11) test na obecność HBsAg; 12) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV; 13) badanie ogólne moczu; 14) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy;

6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 7) brak przeciwwskazań do danej terapii zgodnie z aktualną ChPL. 1.1. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii rytuksymabem 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR, ARAB) lub dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko białku związanemu z receptorem lipoproteiny o niskiej gęstości⁴ (anty-LRP4) lub dodatni wynik przeciwciał przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK) lub w przypadku pacjentów seronegatywnych stwierdzenie zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej wykazane w przeszłości lub obecnie w badaniu metodą elektrostymulacyjnej próby męczliwości (próbie miastenicznej) lub elektromiografii pojedynczego włókna mięśniowego (SFEMG) 2) w przypadku pacjentów z uogólnioną miastenią MuSK-dodatnią rytuksymab można zastosować jako opcję terapeutyczną, jeśli ich odpowiedź na immunoterapię jest niezadowalająca, tj. odpowiada nasileniu objawów jak w pkt. 1. 3) w przypadku pacjentów AChR-dodatnich, LRP4-dodatnich lub seronegatywnych wysoka aktywność choroby, stwierdzona na podstawie spełnienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) u pacjentów w pierwszym roku po zachorowaniu utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie ($MGFA \geq IIb$) pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego,	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. 4. Dawkowanie rozanoliksyzumabu Cykl leczenia składa się z 1 dawki na tydzień podawanej przez 6 tygodni (podanie podskórne): a) ≥ 35 do < 50 kg: 280 mg, b) ≥ 50 do < 70 kg: 420 mg,	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
--	--	---

b) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA$\geq$IIa) i ciężkie zaostrzenie/przełom miasteniczny w ciągu poprzedniego roku pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego, c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA$\geq$IIa) przez co najmniej 2 poprzednie lata pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego; 4) u pacjentów seronegatywnych (bez AChRAb, MuSKAb, LRP4Ab) brak podstaw do rozpoznania genetycznie uwarunkowanego wrodzonego zespołu miastenicznego lub zespołu miastenicznego Lamberta-Eatona Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.1. muszą być spełnione łącznie. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia efgartigimodem alfa 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR); 2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastonii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano: a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy	c) ≥ 70 do < 100 kg: 560 mg, d) ≥ 100 kg: 840 mg. Kolejne cykle leczenia powinny być podawane zgodnie z oceną kliniczną. Częstotliwość cykli leczenia może się różnić, w zależności od pacjenta. Rozanoliksyzumab może być podawany samodzielnie przez pacjenta lub przez opiekuna w warunkach domowych zgodnie z instrukcją użycia i po uprzednim przeszkoleniu w zakresie podawania infuzji podskórnym przeprowadzonym w ośrodku prowadzącym terapię.	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. 2.4. Przed rozpoczęciem cyklu leczenia rozanoliksyzumabem należy wykonać następujące badania:
--	--	--

c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie ($MGFA \geq IIa$) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia terapią dostępną w ramach programu lekowego lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii, lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.2. muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia efgartigimodem alfa spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia rawulizumabem 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino ($AChR$); 2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastonii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano: a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące		1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) morfologia krwi z rozmazem. Maksymalnie 12 tygodni po rozpoczęciu pierwszego cyklu leczenia konsultacja neurologiczna z oceną konieczności podania drugiego cyklu leczenia. Kolejne cykle leczenia powinny być podawane zgodnie z oceną kliniczną. 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 w tygodniu po zakończeniu pełnego cyklu leczenia. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie konsultacji neurologicznej w programie w formie zdalnej konsultacji o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. Wynik zdalnej konsultacji i ocena skuteczności leczenia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. 3. Monitorowanie programu 1) ocena skuteczności: a) wskaźniki efektywności: - zmiana wyniku w skali MG-ADL w stosunku do wartości w punkcie początkowym; 2) ocena bezpieczeństwa
---	--	---

w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie ($MGFA \geq IIa$) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia terapią dostępną w ramach programu lekowego, lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii, lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) 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. 1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia		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.
--	--	---

rozanoliksyzumabem

- 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR) lub dodatni wynik przeciwciał przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK);
- 2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastonii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano:
 - a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu,
 - b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy,
 - c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie ($MGFA \geq IIa$) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia terapią dostępną w ramach programu lekowego,lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii,
lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.
- 3) u pacjentów z dodatnim wynikiem przeciwciał przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK) nieskuteczność stosowania rytuksymabu (lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania tej terapii lub brak tolerancji tej terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego);

Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.4. 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 rozanoliksyzumabem 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.

Możliwe jest czasowe zawieszenie udziału w programie na okres ciąży lub karmienia piersią.

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) w przypadku terapii rozanoliksyzumabem brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL ocenianej w tygodniu po zakończeniu pełnego drugiego i każdego kolejnego cyklu leczenia w porównaniu do wartości z punktu początkowego; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia; 6) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego 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) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. 4. Zmiana leczenia Zmiana terapii 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, dostępną w ramach		
---	--	--

programu lekowego, którą pacjent zastosował jako pierwszą, niezależnie od sposobu jej poprzedniego finansowania.		
--	--	--

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie olipudazą alfa zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Dzieci: - wiek < 18. roku życia; - rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym; - objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 5 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI);	1. Dawkowanie Sposób podawania, oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lecniczego (ChPL). Zalecane dawkowanie: 1.1. Dawkę olipudazy alfa ustala się na podstawie rzeczywistej masy ciała u pacjenta ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, ang. Body Mass Index) ≤ 30 lub optymalnej masy ciała u pacjenta z BMI > 30. 1.2. Zalecana dawka początkowa olipudazy alfa wynosi 0,1 mg/kg mc. dla dorosłych, a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki: I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,1 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,3 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,6 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 1 mg/kg mc.,	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia - badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy; - analiza genu SMPD1; - badanie poziomu biomarkera Lyso-sfingomyelin; - badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla (DLco) – u pacjentów w wieku ≥ 18. roku życia; - badanie aktywności chitotriozydazy; - morfologia krwi z rozmazem; - oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); - oznaczenie czasu protrombinowego (INR); - oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i sprzężonej; - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); - oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); - oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; - lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL; - badanie USG i MRI jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby;

4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; 7) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta; Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.2. Dorośli: 1) wiek ≥ 18. roku życia; 2) rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym; 3) objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 6 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI); 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; 7) zdolność dyfuzyjna płuc dla tlenu węgla (DLco) $\leq 70\%$ przewidywanej wartości prawidłowej; Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających	VII dawka (Tydzień 12) 2 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca). 1.3. Zalecana dawka początkowa <i>olipudazy alfa</i> dla dzieci i młodzieży wynosi 0,03 mg/kg mc., a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki: I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,03 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,1 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,3 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 0,6 mg/kg mc., VII dawka (Tydzień 12) 1 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 2 mg/kg mc., IX dawka (Tydzień 16) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca). 1.4. Etap leczenia podtrzymującego: Zalecana dawka podtrzymująca wynosi 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie 1.5. Pacjenci z BMI > 30: U dorosłych oraz dzieci i młodzieży ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) > 30, masa ciała stosowana w celu obliczenia dawki <i>olipudazy alfa</i> jest szacowana na podstawie następującej metody (dla etapu zwiększania dawki i leczenia podtrzymującego). Masa ciała (kg) stosowana do obliczenia dawki = $30 \times (\text{wzrost w m})^2$.	15) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT; 16) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania); 17) pomiary antropometryczne (masa i wysokość/długość ciała); 18) elektrokardiografia (EKG); 19) badanie densytometryczne kości (DEXA) – opcjonalnie uzasadnionych przypadkach; 20) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego); 21) konsultacja neurologiczna; 22) konsultacja pulmonologiczna (w uzasadnionych przypadkach). 2. Monitorowanie leczenia 2.1. badania wykonywane co najmniej co 6 miesięcy: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby (aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), bilirubina całkowita); 3) pomiary antropometryczne (masa i wysokość ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); u dorosłych pacjentów tylko masa ciała; 4) stosowne do wieku oceny neurologiczne i rozwojowe (u dzieci). 2.2. badania wykonywane po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy: 1) badanie MRI i USG jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby - badania
---	--	---

badan klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą i/lub karmieniem piersią które w momencie wyłączenia nie spełniały pozostałych kryteriów wyłączenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

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

3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako: brak zmniejszenia objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% w porównaniu z wielkością narządu ocenioną na wizycie kwalifikującej do leczenia (stwierdzone w badaniu MRI) w okresie pierwszych 12 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych – zmniejszenie objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% względem wartości określonej przy kwalifikacji pacjenta, musi być potwierdzone na każdej kolejnej wizycie monitorującej leczenie tj. co 6 miesięcy po pierwszych 12 miesiącach leczenia;
- 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;
- 3) wystąpienie objawów ciężkiej nadwrażliwości na lek;

obligatoryjne po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy terapii – USG obligatoryjne, natomiast MRI jedynie w przypadku stwierdzenia zwiększenia objętości śledziony lub wątroby w badaniu USG sugerujące możliwość spełnienia kryterium wyłączenia pkt. 1;

- 2) badanie poziomu biomarkera Lyso-sphingomyelin;
- 3) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL;
- 4) elektrokardiografia (EKG);
- 5) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT – w uzasadnionych przypadkach;
- 6) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania) - w uzasadnionych przypadkach;
- 7) badanie densytometryczne kości (DXA) – w uzasadnionych przypadkach;
- 8) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich - w uzasadnionych przypadkach;
- 9) konsultacja neurologiczna;
- 10) konsultacja pulmonologiczna - w uzasadnionych przypadkach;
- 11) konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach.

3. Ocena skuteczności leczenia

3.1. Wskaźniki efektywności leczenia:

- a) zmiana objętości śledziony i wątroby (w MRI oraz USG i w %),
- b) poprawa obrazu płuc w RTG lub HRCT – jeśli dotyczy.

4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarazadkowych, 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/m² pc. + radioterapia wiązkami zewnętrznymi (EBRT), a następnie brachyterapia.	1. Badania przy kwalifikacji 1) histologiczne potwierdzenie określonego typu raka szyjki macicy; 2) potwierdzenie zvalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (w przypadku leczenia pembrolizumabem 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 umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 11) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1.2.1. chorych na nowo zdiagnozowanego, 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 dostępne 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 karboplatiną, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu. Zalecana dawka pembrolizumabu: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni. Chemioterapia: paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m² pc. albo paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m² pc. + bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc., albo paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min., albo paklitaksel w dawce 175 mg/m² 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 w 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 odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

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) <i>romosozumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowane są kobiety ze zdiagnozowaną pomenopauzalną osteoporozą pierwotną spełniające wszystkie kryteria ogólne (1.1) oraz jedno z kryteriów szczegółowych (1.2.1 lub 1.2.2 lub 1.2.3). 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) wiek ≥ 60 lat; 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą bezpieczne rozpoczęcie terapii; 3) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych, stanowiących przeciwwskazanie w oparciu o aktualną ChPL; 4) wykluczenie nadwrażliwości na <i>romosozumab</i> lub którąkolwiek substancję pomocniczą. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1) udokumentowany T-score $\leq -3,0$ (pomiar bliższego	1. Dawkowanie Zalecana dawka <i>romosozumabu</i> wynosi 210 mg (2 podskórne wstrzyknięcia po 105 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 kręgosłupa lub biodra; 2) badanie obrazowe (w tym RTG lub TK) 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:

końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanieiskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej lub; 2) udokumentowany T-score $\leq -2,5$ (pomiar bliższego końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane złamanie, które nastąpiło w ciągu ostatnich 12 miesięcy w bliższym końcu kości udowej lub kręgosłupa oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanieiskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej lub; 3) pacjentki ze złamaniami osteoporotycznymi, u których (w oparciu o opinię lekarza prowadzącego) ze względu na stan kliniczny, brak jest możliwości wyznaczenia T-score lub wiarygodnej interpretacji wyniku badania densytometrycznego (z licznymi złamaniami kręgosłupa lędźwiowych, po złamaniach obu bioder (b.k.k.u.), po alloplastyce obu stawów biodrowych, po przebytych wcześniej zabiegach chirurgicznych na kręgosłupie lub/i obu biodrach, cierpiących na inne choroby uniemożliwiające prawidłowe ułożenie pacjenta do badania densytometrycznego i inne). Głównymi lokalizacjami złamańiskoenergetycznych są: bliższy koniec kości udowej, kręgi, bliższy koniec kości ramiennej, dalszy koniec kości promieniowej i kości miednicy. Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki wymagające kontynuacji leczenia, które były leczone substancjami czynnymi finansowanymi w		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 kręgosłupa lub biodra wraz z oceną T-score (nie dotyczy pacjentek spełniających kryterium kwalifikacji 1.2.3) – w trakcie monitorowania leczenia zaleca się wykonanie badania tym samym aparatem co przy kwalifikacji, b) wywiad w kierunku występowania złamań. W przypadku pacjentek, o których mowa w pkt. 2.3, które zostały ponownie włączone do programu, terminy badań określone w pkt. 2.2 powyżej uwzględniają okres przerwy w leczeniu (+1 miesiąc). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (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
--	--	--

programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniały kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie 1) leczenie <i>romosozumabem</i> może trwać maksymalnie 12 miesięcy, co oznacza maksymalnie 12 podań leku po 210 mg w trakcie realizacji programu; 2) lekarz prowadzący może w każdym momencie przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną; 3) z powodu uzasadnionych i udokumentowanych przez lekarza przyczyn, w przypadku pominięcia dawki leku, kolejną dawkę <i>romosozumabu</i> należy przyjąć tak szybko jak tylko jest to możliwe. Kolejną dawkę <i>romosozumabu</i> należy przyjąć nie wcześniej niż jeden miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku. Do programu może być ponownie włączona pacjentka, u której przerwano podawanie substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, z uzasadnionych i udokumentowanych przez lekarza prowadzącego przyczyn i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną jest uzasadniony. Maksymalny czas przerwania leczenia wynosi 1 miesiąc. Leczenie <i>romosozumabem</i> w ramach programu lekowego zostanie wydłużone o ten czas. 3. Kryteria wyłączenia z programu		NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

1) upływanie 12 miesięcy aktywnej terapii lub otrzymanie 12 dawek <i>romosozumabu</i>; 2) przed upływem 12 miesięcy lub otrzymaniem 12 dawek leku po stwierdzeniu braku skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako: a) spadek BMD o 4,4% dla kręgów lub 5,2% dla szyjki kości udowej po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii (+1 miesiąc w przypadku przerwy w leczeniu), w porównaniu z wynikami przed leczeniem (nie dotyczy pacjentek spełniających kryterium kwalifikacji 1.2.3); 3) wystąpienie chorób lub stanów, które uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą bądź toksyczności uniemożliwiającej kontynuację leczenia; 6) 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) <i>sekukinumabem</i>, 2) <i>bimekizumabem</i>, 3) <i>adalimumabem</i> <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku ≥ 18 lat dla sekukinumabu i bimekizumabu oraz w wieku ≥ 12 lat dla adalimumabu; 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	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. 3) adalimumab U pacjentów dorosłych początkowo 160 mg w 1. dniu, a następnie 80 mg dwa tygodnie później w 15. dniu. Dwa tygodnie później (29. dzień) należy kontynuować leczenie stosując dawkę 40 mg raz w tygodniu lub 80 mg co drugi tydzień.	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; przeciwciała anty-HBc; 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:

ogólnego, zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami leczenia HS; - pacjenci, u których uzyskano ocenę jakości życia ze wskaźnikiem DLQI większym niż 10; - w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; - nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; - 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 - leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; - w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku; - 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.	U młodzieży o masie ciała powyżej 30 kg początkowo 80 mg w tygodniu 0, a następnie począwszy od 1. tygodnia 40 mg co drugi tydzień (w przypadku niewystarczającej odpowiedzi można rozważyć zwiększenie dawki do 40 mg raz w tygodniu lub 80 mg co drugi tydzień). 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). 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)	- morfologię krwi; - oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); - oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); - stężenie kreatyniny w surowicy; - ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników: - ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) i wzrostu liczby ropni lub sączących przetok; - ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4; - ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy ($\pm$ 30 dni): - morfologię krwi; - oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); - oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); - stężenie kreatyniny w surowicy; - ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników: - ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni); - ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4; - ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej
--	---	---

3. Adekwatna odpowiedź na leczenie

- 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;

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.

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

3) kwalifikacja pacjenta do kolejnego leku w ramach programu lekowego jest możliwa każdorazowo w przypadku, gdy jest zgodna z opisem programu. 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 KARDIOMIOPATIA (ICD-10: E85, I42.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE KARDIOMIOPATII W PRZEBIEGU AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10: E85)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie: 1) akoramidisem albo 2) tafamidisem albo 3) wutrisyranem zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. <u>W ramach programów lekowych przeznaczonych do leczenia chorych z amyloidozą transtyretynową finansuje się terapię jednym lekiem (monoterapia).</u> 1. Kryteria kwalifikacji	1. Dawkowanie 1.1. Akoramidis Maksymalna dawka akoramidisu to 712 mg (dwie tabletki po 356 mg) stosowana doustnie, dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 1 424 mg. 1.2. Tafamidis Maksymalna dawka tafamidisu wynosi 61 mg podawana raz na dobę. 1.3. Wutrisyran Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka wutrisyranu to 25 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 3 miesiące. U pacjentów leczonych wutrisyranem wskazane jest zgodnie z ChPL uzupełnianie witaminy A w dawce od 2500 IU do 3000 IU. 2. Modyfikacja dawkowania i podawanie leku Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub aktualną wiedzą medyczną.	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 lub troponiny I (z podaniem norm laboratoryjnych); 9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 12) oznaczenie stężenia bilirubiny;

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. lub 1.2.2.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne 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; 4) grubość przegrody międzykomorowej przekraczająca 12 mm w badaniu echokardiografii przekłatkowej; 5) wykluczenie amyloidozy łańcuchów lekkich; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) niestosowanie lub zaprzestanie stosowania niedihydropirydynowych antagonistów kanału wapniowego lub glikozydów naparstnicy; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL.	Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent lub opiekunowie pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku. Pacjent może otrzymać lek dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta.	13) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP); 14) proteinogram; 15) diagnostyka białka monoklonalnego (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC) (skan wyników badań); 16) ocena eGFR równaniem MDRD; 17) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi; 18) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi; 19) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 20) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 21) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH); 22) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4); 23) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 24) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej; 25) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 26) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi; 27) badanie ogólne moczu z oceną osadu; 28) morfologia krwi z rozmazem; 29) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 30) echokardiografia przekłatkowa (skan wyniku badania); 31) badanie scyntygraficzne serca z zastosowaniem radioizotopu 99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP (skan wyniku badania); 32) sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR) – w przypadku braku wyniku badania w dokumentacji medycznej; 33) holter 24-godzinne monitorowanie EKG;
---	---	---

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1.2.1. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia akoramidisem oraz tafamidisem 1) klasa czynnościowa NYHA I-II; 2) wynik testu 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych powyżej 100 m. 1.2.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia wutrisyranem 1) klasa czynnościowa NYHA I-II lub NYHA III z amyloidozą ATTR wyłącznie w stadium zaawansowania zgodnie z klasyfikacją NAC: – NAC 1 tj. NT-proBNP ≤ 3000 ng/L <u>ORAZ</u> eGFR ≥ 45 mL/min/1,73 m² albo – NAC 2 tj. NT-proBNP > 3000 pg/mL <u>ALBO</u> eGFR < 45 mL/min/1,73 m². Nie dopuszcza się pacjentów z NYHA III w stadium 3 NAC tj. NT-proBNP > 3000 pg/mL <u>ORAZ</u> eGFR < 45 mL/min/1,73 m²; 2) wynik testu 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych powyżej 150 m; 3) brak zaawansowanej polineuropatii (poziom IIIa-IV w skali PND wyklucza kwalifikację). 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		34) konsultacja hematologiczna w przypadku stwierdzenia białka monoklonalnego celem wykluczenia amyloidozy łańcuchów lekkich; 35) konsultacja neurologiczna – w przypadku kwalifikacji do leczenia wutrisyranem. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 5) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 9) ocena eGFR równaniem MDRD; 10) badanie ogólne moczu z oceną osadu; 11) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 12) oznaczenie stężenia bilirubiny; 13) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH); 14) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4); 15) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 16) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi. Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia wymienione w punktach 1-10 przeprowadza się co 6 miesięcy (± 14 dni).
---	--	---

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 z programu, o których mowa w pkt 4. Po uzyskaniu progresji do utrwalonej (tzn. co najmniej 6-miesięcznej) klasy III lub IV NYHA lekarz prowadzący ocenia zasadność kontynuacji leczenia. 3. Kryteria zamiany leku W przypadku nietolerancji lub wystąpienia działań niepożądanych stosowanego leczenia istnieje możliwość zmiany leku – wniosek o zmianę leczenia przesłany przez lekarza prowadzącego (z uzasadnieniem), musi zostać zaakceptowany przez Zespół Koordynujący. 4. 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) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;		Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia wymienione w punktach 11-16 przeprowadza się co 12 miesięcy (± 14 dni). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 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 lub troponiny I (z podaniem norm laboratoryjnych); 6) echokardiografia przekłatkowa (skan wyniku badania); 7) test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych; 8) ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza EuroQol 5 dimensions 5-level (EQ-5D-5L) w połączeniu z wizualną skalą analogową (VAS); 9) holter 24-godzinne monitorowanie EKG; 10) RTG klatki piersiowej. Badania monitorujące skuteczność leczenia wymienione w punktach 1-8 przeprowadza się co 6 miesięcy (± 14 dni). Badanie z punktu 9-10 wykonuje się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (± 14 dni). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych
---	--	--

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) potwierdzenie ciąży 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.		podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 3. <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i> ppkt 2, 4, 5, 7, 8; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
II. LECZENIE PRZEROSTOWEJ KARDIOMIOPATII ZAWĘŻAJĄCEJ (ICD-10: I42.1)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 3 miesiące przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego	Dawki maksymalne, sposób podawania, ewentualne czasowe wstrzymania leczenia oraz modyfikacje dawki prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL), przy czym zakazane jest stosowanie kilku kapsułek w celu osiągnięcia przepisanej dawki i należy stosować jedną kapsułkę o właściwej dawce.	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;

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.

1. Kryteria kwalifikacji

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) rozpoznanie kardiomiopatii przerostowej zawężającej (oHCM) zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC;
- 3) grubość ściany lewej komory ≥ 15 mm (lub ≥ 13 mm w oHCM rodzinnej) w badaniu echokardiografii przezklatkowej;
- 4) klasa czynnościowa NYHA II–III;
- 5) gradient ciśnień w drodze odpływu lewej komory (LVOT) spoczynkowy lub po próbie Valsalvy ≥ 50 mmHg;
- 6) frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) $\geq 55\%$;
- 7) niewystarczająca kontrola choroby pomimo stosowania leczenia beta-adrenolitykiem lub antagonistą kanału wapniowego, w optymalnej dawce **lub** w przypadku nietolerancji/przeciwwskazania 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;

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 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 lub troponiny I (z podaniem norm laboratoryjnych);

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);

11) zobowiązanie pacjentów do abstynencji alkoholowej. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczenia jednocześnie: — silnymi inhibitorami CYP3A4 – dotyczy pacjentów ze stwierdzonym fenotypem wskazującym na wolny 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		2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiografia (EKG); 4) echokardiografia przekłatkowa: - grubość ściany lewej komory, - frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), - gradient drogi odpływu lewej komory (LVOT) w spoczynku oraz po próbie Valsalvy, w uzasadnionych 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 lub troponiny I (z podaniem norm laboratoryjnych); 7) holter 48-godzinne monitorowanie EKG. Badania wymienione w punktach 1-6 wykonuje się po 4 i 8 tygodniach (± 7 dni) od: — pierwszego rozpoczęcia leczenia, — ponownego rozpoczęcia leczenia, — zmiany dawki oraz co 3 miesiące (± 7 dni) przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy (± 14 dni). Badanie z punktu 7 (holter) przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (± 14 dni). W przypadku tymczasowego przerwania leczenia - kontrola parametrów z użyciem echokardiografii co 4 tygodnie (± 7 dni) do czasu, aż LVEF wyniesie $\geq 50\%$.
---	--	---

leczenie, a następnie ponownie rozpocząć leczenie po 4 tygodniach wg wytycznych w ChPL, o ile LVEF wynosi $\geq 50\%$. 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi spełniać poniższe: 1) poprawa objawów o ≥ 1 klasę czynnościową NYHA <u>po 12 tygodniach od ustalenia indywidualnej dawki pacjenta i utrzymanie niższej klasy NYHA w trakcie leczenia podtrzymującego;</u> 2) gradient LVOT po próbie Valsalvy ≤ 30 mmHg lub jego redukcja w trakcie leczenia o ≥ 30 mmHg, potwierdzona <u>na każdej wizycie kontrolnej w trakcie leczenia podtrzymującego pacjenta indywidualną dawką leku.</u> 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) wynik LVEF wynoszący $\leq 30\%$; 2) wynik LVEF wynoszący dwukrotnie $<50\%$ w odstępie 4 tygodni, w przypadku przyjmowania dawki 2,5 mg na dobę; 3) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) potwierdzenie ciąży lub karmienie piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań		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 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. <i>Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia</i> ppkt 2, 4, 5, 6 oraz danych z ppkt 1 z zakresu stosowanych leków oraz odnotowanych napadów migotania przedsionków/wszczerpienia ICD/interwencji wszczepionego ICD; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do
--	--	---

kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		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 $\leq$ 500 ms;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). 1. Dawkowanie Maksymalne dawki tebentafuspu: 1) 20 µg – 1. dnia; 2) 30 µg – 8. dnia; 3) 68 µg – 15. dnia; następnie 68 µg co tydzień.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) test do genotypowania HLA w celu potwierdzenia występowania u pacjenta genotypu HLA-A*02:01; 2) badanie histologiczne lub cytologiczne w celu potwierdzenia czerniaka błony naczyniowej oka; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi; 10) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas); 11) badanie ultrasonograficzne gałki ocznej w celu oceny wielkości guza (w przypadku choroby pierwotnej); 12) badania obrazowe potwierdzające obecność przerzutów:

8) brak wcześniejszej terapii systemowej czerniaka błony naczyniowej oka (nie dotyczy terapii neoadjuwantowej i adjuwantowej stosowanej w leczeniu radykalnym pacjentów z chorobą miejscową); 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 12) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących i stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL lub wiedzę medyczną; 13) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka lub lekarza		a) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu, b) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, c) badanie tomografii komputerowej lub inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej; 13) elektrokardiogram (EKG) z oceną odstępu QTc (w przypadkach wątpliwych – konsultacja kardiologiczna); 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 15) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry; 16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi;
--	--	--

prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby ocenianej zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;

Dopuszcza się możliwość kontynuacji leczenia w programie u chorych z progresją choroby w przypadku:

- braku klinicznych objawów progresji,
- braku pogorszenia stanu sprawności według kryteriów ECOG,
- braku zagrożenia niewydolnością narządów.

Należy przerwać leczenie, które było kontynuowane po progresji, gdy stwierdza się co najmniej jedno z poniższych:

- a) ponowny wzrost sumy wymiarów ocenianych zmian (z uwzględnieniem nowych zmian mierzalnych) o co najmniej 20% z jednoczesnym wzrostem tej sumy o co najmniej 5 mm,
 - b) jednoznaczna progresja zmian pozostałych,
 - c) nowa zmiana.
- 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
 - 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
 - 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
 - 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej

- 8) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas);
- 9) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry;
- 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
- 11) EKG z oceną odstępu QTc w razie wskazań klinicznych;

Badania wykonuje się co minimum 3 tygodnie (+/- 1 tydzień)

Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) ocena kliniczna wraz z diagnostyką obrazową celem obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie:

- a) ultrasonografia gałki ocznej,
- b) TK lub MR głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy;

Badania wykonuje się co 12 tygodni.

Badania obrazowe w celu ponownej oceny skuteczności leczenia po pseudoprogresji należy wykonać w odstępie 4 tygodni od oceny, w której wykazano pseudoprogresję.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

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

Oka lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, w miarę możliwości z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, które były zastosowane podczas kwalifikacji do leczenia. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 21,7 miesiąca; b) przeżycie wolne od progresji (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej
--	--	--

		udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 3,3 miesiąca; c) najlepsza ogólna odpowiedź (BoR), z oczekiwaną medianą 0,4% ; d) wskaźnik obiektywnej odpowiedzi (ORR), tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 10,3% ; e) czas trwania odpowiedzi na leczenie (DOR) – z oczekiwaną medianą 9,9 miesiąca; f) czas do odpowiedzi (TTR) – z oczekiwaną medianą 2,9 miesiąca; g) wskaźnik kontroli choroby (DCR), tj. odsetek pacjentów, u których nastąpiła pełna odpowiedź, częściowa odpowiedź lub ustabilizowanie choroby – z oczekiwaną medianą 31% ; h) jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL oceniana na podstawie stanu zdrowia pacjentów przy użyciu narzędzi EORTC QLQ-C30 oraz EQ-5D,5L) – oczekiwany jest brak obniżenia jakości życia w stosunku do stanu wyjściowego lub jego polepszenie. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia).
--	--	---

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 kapłacyzumabu w połączeniu z wymianą osocza oraz immunosupresją. Do programu kwalifikuje lekarz prowadzący. 1. Kryteria włączenia 1) wiek 12 lat lub powyżej; 2) masa ciała co najmniej 40 kg; 3) kliniczne objawy epizodu immunologicznej zakrzepowej plamicy małopłytkowej (iTTP), wymagającego leczenia z zastosowaniem wymiany osocza; 4) liczba płytek $<100 \times 10^9/L$; 5) rozpad czerwonych krwinek stwierdzony na podstawie obecności schistocytów w rozmazie krwi; 6) aktywność ADAMTS13 $<10\%$ oraz obecność inhibitora anty-ADAMTS13 (leczenie może być wprowadzone w oczekiwaniu na wyniki badania ADAMTS13 na podstawie oceny stanu klinicznego i innych wyników badań wykonywanych przy kwalifikacji do programu);	1. Dawkowanie Kapłacyzumab 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 <i>E.coli</i>, b) mikroangiopatia zakrzepowa związana z przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych, szpiku kostnego lub organu, c) znana lub podejrzana posocznica, d) diagnoza rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego, e) przewlekła małopłytkowość immunologiczna; 9) wykluczenie wysokiego ryzyka krwawienia z innych przyczyn niż małopłytkowość; 10) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni kapłacyzumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie		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 kapłacyzumabem od momentu zakończenia wymiany osocza: a) raz w tygodniu: — oznaczenie aktywności ADAMTS13, — morfologia krwi z rozmazem, — oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — oznaczenie stężenia haptoglobiny (Hp), — oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) w czasie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużonego okresu leczenia kapłacyzumabem), tj. po zakończeniu etapu pierwszego oraz drugiego: a) raz w tygodniu:
--	--	--

1) kaplacyzumab stosuje się w trakcie oraz po zakończeniu leczenia z wykorzystaniem wymiany osocza (wraz z ewentualną immunosupresją). Etapy leczenia kaplacyzumabem obejmują: a) pierwszy etap leczenia: okres stosowania wymiany osocza, b) drugi etap leczenia: kolejne 30 dni od momentu zakończenia wymiany osocza, c) opcjonalny, trzeci etap leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) następujący po zakończeniu etapu pierwszego i drugiego: i. u pacjentów, u których po zakończeniu drugiego etapu leczenia występuje poziom aktywności ADAMTS13 < 20%, ii. czas trwania leczenia w etapie trzecim: leczenie kaplacyzumabem w trakcie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) stosowane jest do momentu uzyskania pierwszego wyniku oznaczenia aktywności ADAMTS13 wynoszącego $\geq 30\%$ (na podstawie próbki osocza pobranej w trakcie monitorowania trzeciego etapu leczenia), ale nie dłużej, niż przez 28 dni (4 tygodnie); 2) chorzy, u których pojawi się nawrót iTTP (tj. kolejny epizod iTTP określony zgodnie z kryteriami włączenia) mogą być ponownie kwalifikowani do podawania pełnego cyklu leczenia kaplacyzumabem (ponownie zaczynają leczenie od etapu 1. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.		— oznaczenie aktywności ADAMTS13, — oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — morfologia krwi z rozmazem. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	--

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie aktywnego, istotnego klinicznie krwawienia w trakcie terapii kaplacyzumabem;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) aktywność ADAMTS13 $\geq 10\%$ na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni;
- 5) negatywny wynik na obecność inhibitora ADAMTS13 – na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni;
- 6) aktywność ADAMTS13 $\geq 30\%$ na podstawie oceny próbki osocza pobranej w trakcie trwania trzeciego, opcjonalnego etapu leczenia;
- 7) ciąża;
- 8) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;
- 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

B. LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONĄ ZAKRZEPOWĄ PŁAMICĄ MAŁOPLYTKOWĄ		
W programie finansuje się enzymatyczną terapię zastępczą u pacjentów pediatrycznych i dorosłych z wrodzoną zakrzepową płamicą małopłytkową. Do programu kwalifikuje lekarz prowadzący. 1. Kryteria kwalifikacji 1) aktywność ADAMTS13 <10%; 2) wykluczenie obecności inhibitora neutralizującego ADAMTS13; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni rADAMTS13 w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.	1. Dawkowanie 1.1. Profilaktyczna enzymatyczna terapia zastępcza 1) 40 IU/kg masy ciała raz na dwa tygodnie; 2) częstotliwość profilaktycznego dawkowania można dostosować do 40 IU/kg masy ciała raz w tygodniu, w oparciu o odpowiedź kliniczną. 1.2. Enzymatyczna terapia zastępcza w przypadku ostrych epizodów TTP 1) 40 IU/kg masy ciała w dniu 1.; 2) 20 IU/kg masy ciała w dniu 2.; 3) 15 IU/kg masy ciała od dnia 3., raz na dobę, przez dwa dni od ustąpienia ostrego zdarzenia.	1. Badania przy kwalifikacji 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13; 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13; 3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy; 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA; 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 10) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie leczenia 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13 (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy); 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13 (do decyzji lekarza prowadzącego w zależności od sytuacji klinicznej);

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia definiowanej jako dwa ostre samoistne epizody TTP w ciągu każdych 12 miesięcy terapii, lub nieustąpienie laboratoryjnych objawów TTP w ciągu 30 dni od pierwszego podania leku; 2) obecność inhibitora neutralizującego ADAMTS13; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy; 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT). Badania wykonuje się: a) w przypadku pacjentów otrzymujących lek w ramach profilaktyki - nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (za wyjątkiem badania z pkt. 2.1); b) w przypadku pacjentów otrzymujących lek do leczenia ostrych epizodów TTP – raz dziennie (za wyjątkiem badań z pkt. 2.1 i 2.2). 3. Ocena skuteczności leczenia 3.1. Wskaźniki efektywności 1) liczba ostrych epizodów TTP wśród osób otrzymujących leczenie profilaktycznie; 2) proporcja ostrych epizodów TTP odpowiadających na rADAMTS13 (w stosunku do nieodpowiadających), zdefiniowana jako brak potrzeby użycia innego środka zawierającego ADAMTS13; 3) czas do ustąpienia ostrego epizodu TTP po rozpoczęciu leczenia rADAMTS13, Definicja ostrego epizodu (poniższe kryteria muszą być spełnione łącznie): a) zmniejszenie liczby płytek o $\geq 50\%$ wartości wyjściowej lub $< 100\ 000/\mu\text{l}$ oraz
---	--	---

		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 $\geq 25\%$ wartości wyjściowej lub $< 150\,000/\mu\text{l}$ 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 $\geq 38^{\circ}\text{C}$; 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 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywania danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 3. <i>Ocena skuteczności leczenia</i>; 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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Do leczenia w programie kwalifikowani są pacjenci z wrodzoną hipofosfatazją (HPP) w postaciach: - perinatalnej i niemowlęcej, - dziecięcej. 1. Kryteria kwalifikacji - hipofosfatazja perinatalna i niemowlęca ujawniająca się klinicznie u dzieci w wieku < 6. miesiąca życia, stwierdzona na podstawie: - badan genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12), lub - badan wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych: – obniżenia mineralizacji kości i innych objawów radiologicznych hipofosfatazji lub prenatalnych/postnatalnych badań USG	1. Dawkowanie leków w programie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Zalecana dawka asfotazy alfa to 2mg/kg masy ciała podawane podskórnie trzy razy w tygodniu lub 1mg/kg masy ciała podawane podskórnie sześć razy w tygodniu. Maksymalna zalecana dawka asfotazy alfa to 6mg/kg/tydzień. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji - badanie molekularne potwierdzające obecność mutacji genu ALPL (1p36.12) w przebiegu HPP; - oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy; - oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; - oznaczenie stężenia magnezu w surowicy; - oznaczenie stężenia fosforu w surowicy; - oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; - oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; - test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; - konsultacja neurochirurgiczna - w przypadku występowania u pacjentów kraniosynostozy; - konsultacja okulistyczna; - pomiary antropometryczne; - test sześciominutowego marszu u chorych chodzących (6MWT); - badanie RTG lub MRI nadgarstków, bioder i kolan z oceną w skali RSS; - badanie USG nerek; - ocena nasilenia bólu w skali dopasowanej do wieku;

– obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach; 2) hipofosfatazja dziecięcą ujawniającą się u dzieci w wieku > 6. miesiąca życia rozpoznana na podstawie: a) badań genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12), lub b) badań wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych: – badań radiologicznych (opóźnionego wieku kostnego, krzywicy lub osteomalacji) oraz – obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach; Jednocześnie pacjenci o których mowa w pkt 2): a) nie osiągnęli oczekiwanych etapów rozwoju motoryki właściwej dla wieku, lub b) cierpią z powodu ciągłego lub nawracającego bólu mięśniowo-szkieletowego wpływającego na niemożność wykonywania codziennych czynności, niepoddającego się działaniu leków z dwóch różnych grup leków przeciwbólowych, lub c) mają istotnie ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się (chodzenia); 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół		Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. 2. Monitorowanie leczenia: 1) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 3) oznaczenie stężenia magnezu w surowicy; 4) oznaczenie stężenia fosforu w surowicy; 5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 6) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; 7) konsultacja okulistyczna; 8) konsultacja ortopedyczna; 9) pomiary antropometryczne; 10) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących; 11) badanie RTG kośćca; 12) badanie densytometryczne DXA (u pacjentów powyżej 5 r.ż.); 13) badanie USG nerek. Kontrolne wizyty u lekarza, zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności terapii z oceną efektów leczenia i jakości życia pacjenta. Badania wykonuje się: 1) w 3-cim, 6-tym i 12-tym miesiącu od chwili rozpoczęcia leczenia, a następnie co 6 miesięcy (z wyjątkiem oznaczenia stężenia parathormonu wykonywanego tylko w 3 miesiącu);
--	--	---

Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do terapii określonych w aktualnej ChPL; 6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; Powyższe kryteria kwalifikacji 1), 3), 4), 5), 6) albo 2), 3), 4), 5), 6) powinny zostać spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o wyłączeniu pacjenta z programu, gdy zostanie spełnione jedno z poniższych kryteriów: 1) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej dwóch z poniższych kryteriów u dzieci poniżej 18 roku życia: a) zahamowanie tempa wzrastania po 6 miesiącach terapii,		2) po pierwszym roku leczenia, a następnie co 2 lata w przypadku badania densytometrycznego DXA. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia: 1) ocena tempa wzrastania; 2) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących; 3) ocena konieczności korzystania ze wspomaganej wentylacji płuc; 4) ocena powtarzalności złamańiskoenergetycznych; 5) ocena poprawy nasilenia bólu oraz jakości życia pacjenta za pomocą kwestionariuszy: – ocena bólu w skali dopasowanej do wieku w przypadku dzieci, – SF-36 (ang. Short Form 36) w przypadku pacjentów dorosłych. 6) działania niepożądane. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym
---	--	---

b) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) rozumianej jako poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących), c) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 12 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia nie wymagali wspomagania oddychania), d) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 24 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia wymagali wspomagania oddychania); 2) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z poniższych kryteriów u dorosłych, kontynuujących terapię asfotazą alfa: a) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) - poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących), b) powtarzające się złamaniaiskoenergetyczne przez okres trzech lat od rozpoczęcia leczenia, c) brak zmniejszenia poziomu bólu rozumianego jako nieosiągnięcie znaczącej redukcji bólu przy równoczesnym zwiększeniu częstości podawania leków przeciwbólowych lub brak poprawy jakości życia w ocenie Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		przekazywanie danych dotyczących wskaźników skutecznościterapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--	---

4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) nieprowadzenie skutecznej formy antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym; 8) okres ciąży i karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
--	--	--

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 Ultraradzkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie wosorytydem zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 4 miesiące i więcej; 2) rozpoznanie achondroplazji potwierdzone odpowiednim badaniem genetycznym; 3) niezamknięte nasady kości długich (wiek kostny poniżej 16 lat u dziewcząt albo poniżej 18 lat u chłopców); 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; 6) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta.	1. Dawkowanie Wyznaczenie dawki leku, sposób podawania, ewentualne czasowe wstrzymania leczenia oraz modyfikacje dawki prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku lub przebywa w oddziale do czasu właściwego wyszkolenia pacjenta lub opiekunów prawnych. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) potwierdzenie rozpoznania achondroplazji za pomocą odpowiedniego badania genetycznego; 2) ocena wieku kostnego metodą Greulich-Pyle’a lub metodą Tannera-Whitehouse’a; 3) MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego (u pacjentów z bezwzględnym przeciwwskazaniem do MRI - TK lub TK z kontrastem; u pacjentów z gwoździem magnetycznym wymagany jest certyfikat z ośrodka ortopedii dziecięcej, w którym zakładany był gwoździec); 4) pomiary antropometryczne: masa ciała (wartość liczbowa i SDS), wzrost/długość ciała (wartość liczbowa i SDS), długość tułowia, długość kończyn dolnych, obwód głowy i obwód klatki piersiowej (wartości liczbowe i SDS) i ocena obwodu talii (wartość liczbowa i SDS; BMI – z podaniem centyla, WHR, tempo wzrastania (cm/rok)); 5) ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera; 6) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 7) morfologia krwi z rozmazem; 8) oznaczenie stężenia sodu, potasu oraz wapnia w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia glukozy na czczo;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt. 3. Przedłużenie leczenia następuje, po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) potwierdzenie braku potencjału dalszego wzrostu definiowanego przez tempo wzrastania $< 1,5$ cm/rok i zamknięcia nasad kości długich (leczenie prowadzi się maksymalnie do osiągnięcia wieku kostnego 16 lat przez dziewczęta albo 18 lat przez chłopców); 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;	Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta.	10) oznaczenie stężenia wapnia zjonizowanego i fosforanów; 11) oznaczenie fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia 25OH wit. D; 13) oznaczenie odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; 14) oznaczenie stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; 15) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) oraz wolnej tyroksyny (FT4); 16) konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu; 17) konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego; 18) konsultacja ortopedyczna. 2. Monitorowanie leczenia 1) pomiary antropometryczne: masa ciała (wartość liczbowa i SDS), wzrost/długość ciała (wartość liczbowa i SDS), długość tułowia, długość kończyn dolnych, obwód głowy i obwód klatki piersiowej (wartości liczbowe i SDS) i ocena obwodu talii (wartość liczbowa i SDS; BMI – z podaniem centyla, WHR, tempo wzrastania (cm/rok)); 2) oznaczenie stężenia wapnia zjonizowanego i fosforanów; 3) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia sodu, potasu oraz wapnia w surowicy krwi; 6) oznaczenie odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 7) oznaczenie stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;
---	--	---

5) okres ciąży lub karmienia piersią.		8) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) oraz wolnej tyroksyny (FT4); 9) oznaczenie fosfatazy alkalicznej; 10) ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera; 11) oznaczenie stężenia 25OH wit. D; 12) ocena wieku kostnego metodą Greulich-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 <u>wskaźników skuteczności terapii tj. wysokość i masa ciała (wartości liczbowe i SDS, wartość BMI (z podaniem centyla), tempo wzrastania (w cm / rok), wiek kostny)</u>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

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 neparwówek pierwszego oka przy jednoczesnym spełnieniu kryteriów włączenia do programu. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji 1) bialleliczna mutacja genu <i>RPE65</i> potwierdzona badaniem genetycznym w przebiegu wrodzonej ślepoty Lebera; 2) wiek od 4 do 35 lat; 3) ostrość wzroku określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) równa lub większa 0,05 w leczonym oku i pole widzenia ograniczone nie więcej niż do 30 stopni we wszystkich	1. Dawkowanie Podawanie leku prowadzone oraz leczenie immunomodulujące należy prowadzić zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) potwierdzenie biallelicznej mutacji genu <i>RPE65</i>; 2) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku według tablicy ETDRS; – u pacjentów, u których niemożliwe jest badanie przy użyciu tablicy ETDRS badanie przeprowadza się przy zastosowaniu skali: a) brak pocucia światła (bpś), b) pocucie światła (pś), c) ruchy ręki przed okiem (rrpo), d) liczy palce przed okiem (lppo); 3) badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub perymetrii komputerowej Humphrey'a; 4) oszacowanie liczby żywych komórek siatkówki z użyciem optycznej tomografii koherencyjnej (OCT); 5) badanie FST – badanie progu czułości na światło białe, czerwone i niebieskie; 6) badanie ERG siatkówki;

południkach w leczonym oku (badane perymetrem kinetycznym Goldmana znacznikiem III4e); 4) wystarczająca liczba żywych komórek siatkówki, oszacowana w optycznej koherentnej tomografii (OCT) opisana kryteriami jak niżej: a) obszar siatkówki w obrębie tylnego bieguna >100 mikronów grubości, b) obszary siatkówki bez atrofii i zwyrodnienia barwnikowego w obrębie tylnego bieguna o wielkości ≥ 3 dd (wielkości tarczy nerwu wzrokowego); 5) niewygaszona bioelektryczna czynność w odpowiedzi fotopowej w badaniu ERG; 6) pozytywny wynik badania progu pełnego pola w badaniu FST na barwę białą przy jednoczesnym pozytywnym badaniu progu pełnego pola w badaniu FST na barwę czerwoną i niebieską; 7) brak innych, współistniejących mutacji biallelicznych genu RPE65 potwierdzonych badaniem genetycznym, mających wpływ na funkcje widzenia; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Wszystkie kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie		7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa wykonania wtrektomii tylnej 1) rutynowe badanie okulistyczne oceniające ostrość wzroku, przedni i tylny odcinek oka; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego. Badania przeprowadza się w okresie pooperacyjnym w 1, 7 i 14 dniu po zabiegu. 2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia woretygenem neparwówek 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku według tablicy ETDRS – u pacjentów, u których niemożliwe jest badanie przy użyciu tablicy ETDRS badanie przeprowadza się przy zastosowaniu skali: a) brak poczucia światła (bpś), b) poczucie światła (pś), c) ruchy ręki przed okiem (rrpo), d) liczy palce przed okiem (lppo); 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub perymetrii komputerowej Humphrey'a; 4) badanie FST - badanie progu czułości na światło białe, czerwone i niebieskie;
--	--	---

Obserwacja i monitorowanie w ramach programu lekowego trwa 12 miesięcy od podania woretygenu neparwówek do danego oka.

3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

- 1) przyjmowanie wysokich dawek związków retinoidowych (>7500 jednostekretinolu [lub >3300 IU] ekwiwalentnych do dziennej dawki witaminy A lub ich prekursorów w ciągu ostatnich 18 miesięcy, które potencjalnie mogłyby wpływać na aktywność biochemiczną enzymu RPE65;
- 2) operacja wewnątrzgałkowa w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
- 3) nadwrażliwość na leki zaplanowane do przyjmowania w okresie okołoperacyjnym;
- 4) wcześniejsze choroby oczu lub choroby ogólnoustrojowe, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego uniemożliwiłyby planowaną operację bądź zakłóciłyby poprawną interpretację wyników badań;
- 5) czynna choroba zakaźna;
- 6) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 7) okres ciąży i karmienia piersią.

4. Kryteria wystąpienia odpowiedzi na leczenie

Ocena odpowiedzi na leczenie odbywa się 6 miesięcy od podania woretygenu neparwówek.

W przypadku zakwalifikowania przez Zespół Koordynacyjny wyniku leczenia jako poprawy zgodnie z poniższymi kryteriami oraz gdy nie wystąpiły działania niepożądane związane z lekiem i powikłania witrektomii tylnej, które w opinii Zespołu uniemożliwiają kolejne podanie leku, Zespół może wydać zgodę na podjęcie leczenia drugiego oka.

- 5) badanie ERG siatkówki.

Badania przeprowadza się po 1, 3, 6 i 12 miesiącach od podania woretygenu neparwówek.

3. Monitorowanie programu

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

Do podjęcia decyzji w niektórych przypadkach może być konieczne przeprowadzenie badania przez członków Zespołu Koordynacyjnego.

Jako odpowiedź na leczenie klasyfikowana będzie:

- 1) utrzymanie ostrości wzroku z kwalifikacji dla ostrości wzroku wyższych lub równych 0,2 wg. Snellena lub poprawa ostrości wzroku o 15 lub więcej liter na tablicy ETDRS w stosunku do wartości wyjściowych dla ostrości wzroku równych 0,05 i 0,1 wg. Snellena;
- 2) poprawa pola widzenia o 15 stopni (wyznaczonego za pomocą perymetru Goldmann a (bodziec testowy III4e) lub utrzymanie pola widzenia dla prawidłowego pola widzenia;
- 3) poprawa w badaniu ERG bioelektrycznej czynności w odpowiedzi fotopowej;
- 4) poprawa poczucia światła o > 10dB w badaniu FST na barwę białą, czerwoną i niebieską;
- 5) brak trwałych powikłań związanych z przeprowadzoną operacją podania leku.

Wszystkie kryteria muszą być spełnione łącznie.

Załącznik B.168.

LECZENIE PACJENTÓW Z NIEREAGUJĄCYM LUB OPORNYM NA LECZENIE ZAKAŻENIEM WIRUSEM CYTOMEGALII (CMV) (ICD-10: B25.0, B25.1, B25.2, B25.8, B25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji do programu oraz weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje lekarz prowadzący pacjenta, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Wizyty monitorujące odbywają się co 14 dni (± 2 dni). W programie finansuje się leczenie: 1) <i>maribawirem</i> w II lub kolejnej linii leczenia pacjentów po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych lub narządu litego zakażonych wirusem cytomegalii (CMV) zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) udokumentowane przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT) lub przeszczepienie narządu litego (SOT); 3) zakażenie CMV potwierdzone w badaniu ilościowym CMV-DNA (qPCR) z poziomem wirerii CMV w momencie kwalifikacji do leczenia <i>maribawirem</i> > 910 IU/ml lub równoważnik w kopiach/ml; 4) brak skuteczności wcześniejszego leczenia rozumiany jako:	Sposób podawania, modyfikacje dawki oraz dostosowanie czasu trwania terapii (do maksymalnie 12 tygodni (± 2 dni)) prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	1. Badania przy kwalifikacji 1) ilościowe oznaczenie CMV-DNA z krwi pełnej lub osocza (badanie ilościowe reakcji łańcuchowej polimerazy, qPCR) – badanie należy wykonać nie później niż 3 dni przed włączeniem leczenia; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi; 5) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 8) określenie skali Child-Pugh u pacjentów po SOT; 9) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 10) ocena eGFR; 11) badanie dna oka lub inne badanie okulistyczne u pacjentów z podejrzeniem zajęcia siatkówki przez CMV. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem;

a) brak spadku wirerii CMV w stosunku do wartości wyjściowej o co najmniej 1 log po co najmniej 14 dniach terapii gancyklowirem lub walgancyklowirem lub foscarnetem lub cydofowirem (w ocenianym 14 dniowym okresie dopuszcza się stosowanie sekwencyjne w/w leków) lub b) w opinii lekarza prowadzącego brak poprawy lub nasilenie objawów narządowych u pacjentów po SOT z rozpoznaną w badaniu histologicznym narządową postacią CMV, mogącą prowadzić do utraty przeszczepionego narządu przy jednoczesnym braku spadku wirerii CMV o co najmniej 1 log po co najmniej 21 dniach terapii gancyklowirem lub walgancyklowirem lub foscarnetem lub cydofowirem (w ocenianym 21 dniowym okresie dopuszcza się stosowanie sekwencyjne w/w leków); 5) wykluczenie inwazyjnej choroby tkankowej CMV obejmującej OUN (włączając zapalenie mózgu) lub siatkówkę oka; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych oraz wykluczenie terapii stanowiących przeciwwskazanie do leczenia maribawirem stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego		2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia leków immunosupresyjnych o wąskim indeksie terapeutycznym będącymi substratami cytochromu P450 (CYP3A/P-gp; m. in. takrolimus, cyklosporyna, sirolimus i ewerolimus) stosowanych w trakcie leczenia maribawirem; 6) oznaczenie ilościowe CMV-DNA z krwi pełnej lub osocza (qPCR). Badania monitorujące wykonuje się co 14 dni (± 2 dni) od rozpoczęcia leczenia maribawirem do czasu zakończenia leczenia maribawirem. <u>Każdorazowo oznaczenie CMV-DNA (qPCR) powinno być wykonywane w tym samym laboratorium przy tej samej dolnej granicy oznaczalności (LLQ), każdorazowo z wykorzystaniem tego samego typu materiału (zawsze z krwi pełnej lub zawsze z osocza).</u> 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności terapii zawartego w
--	--	--

sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt. 4. Leczenie trwa 8 tygodni (± 2 dni), z możliwością przedłużenia do maksymalnie 12 tygodni (± 2 dni). 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi spełnić poniższe: 1) zmniejszenie poziomu CMV-DNA względem wartości oznaczonej w momencie włączenia do programu o co najmniej 1 log na wizycie monitorującej leczenie w 14 dniu oraz brak wzrostu CMV-DNA na każdej kolejnej wizycie monitorującej, w odniesieniu do wartości w momencie włączenia do leczenia – kontynuacja leczenia pomimo niespełnienia powyższego wymaga sprawozdania do SMPT; 2) terapię uznaje się za skuteczną gdy poziom CMV-DNA zmierzony na dwóch następujących po sobie wizytach monitorujących spadnie poniżej dolnego progu oceny dla stosowanej metody oznaczania CMV-DNA – czas trwania leczenia, po którym osiągnięto skuteczność wymaga sprawozdania do SMPT w formacie [tyg. + dni]. 4. Kryteria wyłączenia z programu		punkcie 3. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia (tj. poziom CMV-DNA)</i>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

1) niewykrywalny poziom CMV DNA (poniżej dolnej granicy oznaczalności dla danego laboratorium) w dwóch kolejnych pomiarach przeprowadzonych w trakcie leczenia, stwierdzony na dwóch następujących po sobie wizytach monitorujących; 2) kliniczne objawy nieskuteczności leczenia, w tym u pacjentów z narządową postacią choroby po SOT; 3) wystąpienie infekcji CMV w OUN; 4) wystąpienie zapalenia siatkówki wywołanego CMV jeśli konieczne jest podanie innego leku przeciw CMV ogólnoustrojowego lub 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) <i>mepolizumabem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 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 podskórnym raz na 4 tygodnie. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty monitorujące w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.	1. Badania przy kwalifikacji do programu 1) morfologia krwi z rozmazem, w tym ocena eozynofilii; 2) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 5) elektrokardiogram (EKG); 6) echokardiografia serca (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 7) stężenie troponiny sercowej oraz NT-proBNP w surowicy krwi; 8) RTG lub TK klatki piersiowej (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 9) USG lub TK jamy brzusznej; 10) spirometria; 11) biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku kostnego, jeśli dotyczy (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 12) badanie ogólne moczu; 13) badanie PCR lub badanie FISH na obecność rearanżacji <i>FIP1L1 PDGFRA</i> (możliwe wykorzystanie badań wykonanych wcześniej);

a) bezwzględna liczba eozynofiliów >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 eozynofiliów $>20\%$ wszystkich komórek jądrazastych – rozległy (w opinii patologa) naciek eozynofilowy w badaniu wycinka tkanki – wyraźne odkładanie się białek ziarnistości eozynofiliów w badaniu wycinka tkanki; 3) niewystarczająca kontrola HES definiowana jako wystąpienie co najmniej dwóch zaostrzeń HES w ostatnim roku, z liczbą eozynofiliów ≥ 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 eozynofiliów 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 <i>FIP1L1 PDGFRA</i>;	Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	14) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie przyczyn reaktywnej hipereozynofilii; 15) ocena stanu sprawności wg skali ECOG; 16) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) wykonany nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku. 2. Monitorowanie leczenia Po 32 i 52 tygodniu od pierwszego podania substancji czynnej oraz każdym kolejnym 32 tygodniu leczenia należy wykonać: 1) morfologię krwi z rozmazem, w tym ocena eozynofilii; 2) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP) w surowicy krwi; 5) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) echokardiografię serca (jeśli była dysfunkcja przy kwalifikacji do programu wskazująca na zajęcie narządowe); 8) stężenie troponiny sercowej oraz NT-proBNP w surowicy krwi (jeśli było nieprawidłowe przy kwalifikacji do programu); 9) spirometrię; 10) badanie ogólne moczu; 11) RTG lub TK klatki piersiowej (jeśli były zmiany przy kwalifikacji do programu wskazujące na zajęcie narządowe); 12) USG lub TK jamy brzusznej (jeśli były zmiany przy kwalifikacji do programu wskazujące na zajęcie narządowe); 13) ocenę stanu sprawności wg skali ECOG; 14) ocenę skuteczności zastosowanej terapii na podstawie:
---	--	--

7) wykluczenie przewlekłej białaczki eozynofilowej (CEL) oraz nowotworów mieloidalnych z eozynofilią na podstawie biopsji aspiracyjnej lub trepanobiopsji szpiku jako badań opcjonalnych (do decyzji lekarza prowadzącego); 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. 3. Kryteria wyłączenia		a) braku pogorszenia objawów klinicznych; b) braku konieczności zwiększenia podtrzymującej dawki kortykosteroidów o co najmniej 10 mg ekwiwalentu prednizonu/dobę przez 5 dni lub braku konieczności zwiększenia dawki lub dodania leków cytotoksycznych lub immunosupresyjnych. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

- 1) nieskuteczność leczenia definiowana jako wystąpienie zaostrzeń choroby przez okres przynajmniej 3 miesięcy w obserwacji 12-miesięcznej. Zaostrzenie rozumiane jest jako:
 - a) udokumentowane, związane z HES pogorszenie objawów klinicznych wymagające zwiększenia podtrzymującej dawki kortykosteroidów o co najmniej 10 mg ekwiwalentu prednizonu/dobę przez ≥ 5 dni lub zwiększenie/dodanie jakiegokolwiek terapii cytotoksycznej lub immunosupresyjnej w HES;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 4) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

Stosowanie mepolizumabu u kobiet w ciąży należy rozważać jedynie wtedy, gdy oczekiwana korzyść dla matki przewyższa potencjalne ryzyko dla płodu. W przypadku zajścia w ciążę lekarz może zdecydować o zawieszeniu terapii mepolizumbem. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.

Załącznik B.170.

LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z POLINEUROPATIĄ W I LUB II STADIUM ZAAWANSOWANIA W PRZEBIEGU DZIEDZICZNEJ AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10: E85.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie: 1) <i>wutrisyranem</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. <u>W ramach programów lekowych przeznaczonych do leczenia chorych z amyloidozą transtyretynową finansuje się terapię jednym lekiem (monoterapią).</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i więcej; 2) rozpoznanie amyloidozy transtyretynowej (ATTR); 3) postać dziedziczna ATTR potwierdzona wynikiem badania genetycznego;	1. Dawkowanie Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka wutrisyranu to 25 mg podawane podskórnie co 3 miesiące. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe; 2) badanie genetyczne potwierdzające mutację patogenną w genie transtyretyny TTR – w przypadku braku wyniku badania w dokumentacji medycznej; 3) potwierdzenie rozpoznania polineuropatii i ocena stopnia jej zaawansowania poprzez następujące badania: a) badanie neurologiczne z oceną siły mięśniowej, odruchów ścięgniastych, czucia dotyku, bólu, temperatury, ułożenia i wibracji za pomocą skali NIS – Neuropathy Impairment Score; b) badanie przewodnictwa nerwowego nerwów ruchowych i czuciowych 4-kończynowo; c) ocena czynności układu autonomicznego z wykorzystaniem kwestionariusza CADT (Compound Autonomic Dysfunction Test); d) ocena obecności i nasilenia bólu neuropatycznego za pomocą skali wzrokowo-analogowej (0-10) VAS – Visual Analogue Scale; e) 10-metrowy test marszowy lub test 6-minutowego chodu – w zależności od stopnia zaawansowania

4) stwierdzona polineuropatia stadium I lub II wg klasyfikacji Coutinho (stadium I – pacjent chodzący samodzielnie z objawami polineuropatii; stadium II – pacjent chodzący z 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 przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego, w tym zaawansowanych chorób lub uszkodzeń narządów skutkujących złym rokowaniem; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. 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.		choroby; f) określenie stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho; 4) badanie scyntygraficzne serca z zastosowaniem radioizotopu ^{99m}Tc-DPD lub ^{99m}Tc-PYP lub ^{99m}Tc-HMDP (możliwe wykorzystanie wyniku badania z dokumentacji medycznej pacjenta) lub USG serca – wybór badania do decyzji lekarza prowadzącego; 5) określenie klasy NYHA; 6) konsultacja kardiologiczna wykonana w ciągu miesiąca przed kwalifikacją oceniająca obecność kardiomiopatii w przebiegu ATTRv (na podstawie badania z pkt 4) oraz stopień jej zaawansowania (określenie klasy NYHA); 7) badania laboratoryjne krwi/ surowicy: morfologia krwi z rozmazem; układ krzepnięcia: APTT, INR; AST, ALT, TSH, bilirubina, mocznik, kreatynina, eGFR, glukoza, białko całkowite, albumina, prealbumina; 8) badanie moczu: ogólne, ocena albuminurii i proteinurii; 9) konsultacja nefrologiczna - opcjonalnie; 10) pomiar wskaźnika mBMI (modified body mass index); 11) stężenie witaminy A w surowicy krwi (badanie wykonane w ciągu ostatnich 3 miesięcy); 12) konsultacja okulistyczna ukierunkowana na zmiany związane z ATTRv i powikłaniami okulistycznymi niedoboru witaminy A; 13) hemoglobina glikowana; 14) diagnostyka białka monoklonalnego (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC); 15) stężenie wit. B12 w surowicy.
--	--	---

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

Znaczna progresja choroby pomimo leczenia wutrisyranem, definiowana jako progresja polineuropatii do stadium III wg klasyfikacji Coutinho (pacjent nie chodzi samodzielnie) lub progresja objawów kardiomiopatii do klasy NYHA III lub IV, wymaga jednogłośnej zgody lekarza prowadzącego oraz Zespołu Koordynacyjnego co do zasadności kontynuacji terapii.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) nieskuteczność terapii stwierdzona na wizycie monitorującej leczenie po 12 miesiącach leczenia definiowana jako progresja polineuropatii do stadium III wg klasyfikacji Coutinho;
- 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia (zgodnie z definicją przyjętą w pkt 2. *Określenie czasu leczenia w programie*), gdy w opinii lekarza prowadzącego oraz Zespołu Koordynacyjnego nie ma zasadności do kontynuacji terapii;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego

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;

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.		6) pomiar wskaźnika mBMI (modified body mass index); 7) konsultacja okulistyczna ukierunkowana na zmiany związane z ATTRv i powikłaniami okulistycznymi niedoboru witaminy A – opcjonalnie. Badania wykonuje się co 6 miesięcy, z wyjątkiem badań pkt. 1c) oraz 8 które wykonuje się nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Weryfikacja skuteczności leczenia przez Zespół Koordynacyjny odbywa się po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie w programie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii: <i>stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho</i>, <i>wynik w skali NIS</i>, <i>prealbumina</i> oraz <i>klasa NYHA</i>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do
--	--	---

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

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 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 (poziom białka w moczu $\geq 1,0$ g/dobę lub stosunek białka do kreatyniny w moczu [ang. urine protein creatinine ratio - UPCR] wynoszący $\geq 0,8$ g/gram) pomimo zoptymalizowanego leczenia nefroprotekcijnego tj. maksymalnej tolerowanej lub maksymalnej dozwolonej dawki inhibitora konwertazy angiotensyny (ACEi) lub antagonisty receptora angiotensyny (ARB) przez ≥ 3 miesiące; 4) eGFR ≥ 35 ml/min/1,73 m²; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);	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 120 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 lub stosunku stężeń białka do kreatyniny w moczu (UPCR) - co najmniej 2 pomiary w odstępie 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, poziom glukozy i hemoglobiny glikowanej w surowicy; 3) badanie ogólne moczu;

6) okres ciąży lub karmienia piersią, zgodnie z aktualnymi zapisami ChPL; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. Wszystkie powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, z 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 budezonidem w ramach programu lekowego zostanie wydłużone o ten czas. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie nadwrażliwości na budezonid lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;		4) ocena dobowego wydalania białka z moczem lub 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 dobowego białkomoczu lub 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.
--	--	---

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 przeciwwskazań do leczenia określonych w aktualnym ChPL; 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) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie; 3) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie oceny stanu klinicznego lub wyników badań obrazowych; 4) stosowanie uprzednio 3 lub więcej inhibitorów kinaz, w tym imatynibu; 5) udokumentowana progresja lub nietolerancja leczenia inhibitorami kinaz, w tym imatynibem, pomimo modyfikacji dawkowania (3.-4. stopień toksyczności);	1. Dawkowanie 1.1. ripretynib Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego ripretynibu.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność transaminaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny; 5) poziom albumin; 6) pomiar ciśnienia tętniczego; 7) EKG; 8) ocena frakcji wyrzutowej na podstawie echokardiogramu; 9) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań); 10) ocena skóry pod kątem nowotworów złośliwych skóry; 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1.

6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do zmierzenia zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1; 7) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 11) brak aktywnych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie		2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Pierwsze badanie monitorujące należy wykonać po 4-6 tygodniach od rozpoczęcia leczenia ripretynibem. Następne badania kontrolne należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12-14 tygodni. 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność aminotransferaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny i kreatyniny; 5) poziom albumin; 6) pomiar ciśnienia tętniczego; 7) EKG; 8) ocena frakcji wyrzutowej na podstawie echokardiogramu - badanie wykonywane w zależności od potrzeby klinicznej; 9) tomografia komputerowa odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych (minimum jama brzuszna i miednica) – pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, następne badania co 3-4 miesiące; 10) ocena skóry pod kątem nowotworów złośliwych skóry - badanie wykonywane w zależności od potrzeby klinicznej; 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie TK lub MR odpowiednich obszarów ciała (minimum jama brzuszna i miednica) – pierwsze badanie po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, następne badania co 3-4 miesiące;
---	--	---

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ripretynib lub którykolwiek z pozostałych składników tego leku; 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1; 3) utrzymywanie się toksyczności według skali WHO większej bądź równej 3; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

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) <i>ritlecytinibem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji - wiek 12 lat i powyżej; - rozpoznanie łysienia plackowatego potwierdzone badaniem przedmiotowym i badaniem trichoskopowym lub badaniem histologicznym; - ciężka postać choroby definiowana jako wynik w skali SALT (Severity of Alopecia Tool) ≥ 50; - łysienie plackowate trwające bez odrostu od 6 miesięcy; - nieskuteczność co najmniej jednego leczenia systemowego lub nietolerancja dotychczasowej terapii; - adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; - brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);	1. Dawkowanie Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka ritlecytinibu to 50 mg przyjmowane raz na dobę.	1. Badania przy kwalifikacji - morfologia krwi z rozmazem; - oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP); - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); - oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); - oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; - oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; - oznaczenie poziomu mocznika w surowicy; - oznaczenie antygenu HBS; - oznaczenie przeciwciał anty-HCV; - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową PCR – w przypadku pozytywnego wyniku na przeciwciała anty-HCV; - oznaczenie przeciwciał anty-HIV; - test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; - test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; - badanie trichoskopowe; - ocena nasienia objawów choroby w skali SALT;

8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku stwierdzenia: ciężkiego zakażenia lub zakażenia oportunistycznego lub bezwzględnej liczby limfocytów (ALC) $< 0,5 \times 10^3 / \text{mm}^3$ lub liczby płytek krwi $< 50 \times 10^3 / \text{mm}^3$ lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających podanie leku. <u>W przypadku przerwy wynoszącej ponad 6 tyg. pacjent musi przejść ponowną kwalifikację do programu.</u> 2. Określenie czasu leczenia Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. W przypadku zajścia w ciążę leczenie ritlecetynibem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz		16) ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza DLQI u dorosłych oraz cDLQI u osób < 18 rż. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie poziomu mocznika w surowicy. Badanie wykonywane są po 1 miesiącu (± 14 dni), po 3 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia terapii, a następnie kontynuowane co 3 miesiące (± 14 dni). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie trichoskopowe; 2) ocena nasilenia objawów choroby w skali SALT; 3) ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza DLQI u dorosłych oraz cDLQI u osób < 18 rż. Badania wykonywane są po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia terapii, a następnie kontynuowane co 6 miesięcy (± 14 dni). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich
--	--	--

może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako 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 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 3 Kryteria oceny skuteczności leczenia tj. uzyskanie co najmniej SALT20 lub 50% redukcja SALT po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia leczenia (pierwsza ocena skuteczności leczenia); 2) brak uzyskania co najmniej adekwatnej odpowiedzi na leczenie w trakcie kolejnych ocen wykonywanych co 6 m-cy (± 14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie, zgodnie z definicją przedstawioną w pkt 3 Kryteria oceny skuteczności leczenia tj. utrzymywanie się co najmniej uzyskanej adekwatnej odpowiedzi na leczenie podczas pierwszej oceny;		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) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku w ramach programu; 4) ciąża lub laktacja – gdy leczenie nie zostaje zawieszone zgodnie z opisem w <i>Określenie czasu leczenia w programie</i>; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia, m.in. aktywne ciężkie zakażenie, w tym gruźlica; 8) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 9) 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 przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem	1. Dawkowanie leku w programie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalna dawka to 150 mg omaweloksolonu raz na dobę.	1. Badania przy kwalifikacji: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie stężenia glukozy i HbA1c we krwi; 5) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL i HDL, triglicerydów; 6) badanie stężenia peptydu natriuretycznego typu B (BNP lub NT-pro-BNP); 7) elektrokardiografia (EKG); 8) echokardiografia (ECHO); 9) konsultacja kardiologiczna; 10) pomiar masy ciała; 11) test ciążowy (oświadczenie o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym); 12) konsultacja neurologiczna z oceną stopnia ciężkości choroby w skali mFARS wraz z określeniem wartości przy rozpoczynaniu leczenia.

trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia omaweloksolonem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie U pacjentów po ukończeniu 18 r.ż., leczenie trwa do momentu określonego kryteriami wyłączenia w pkt. 3. W szczególnych przypadkach, w których w przebiegu choroby udokumentowano istotne spowolnienie postępu dysfunkcji innych niż uwzględniane w skali mFARS, na wniosek ośrodka prowadzącego, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia. U pacjentów przed ukończeniem 18 r.ż., leczenie trwa do momentu podjęcia decyzji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha. Z powodu potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią, możliwe jest czasowe zawieszenie leczenia z możliwością powrotu do stosowanej terapii. Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności terapii definiowany jako pogorszenie o więcej niż 2 punkty średnio rocznie w skali mFARS potwierdzone w dwóch kolejnych ocenach rocznych z zaznaczeniem, że:		Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej wraz z badaniem genetycznym na podstawie której postawiono rozpoznanie ataksji Friedreicha; 2. Monitorowanie leczenia Raz w miesiącu, przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie okresowo, zależnie od wskazań klinicznych należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi. Co 6 miesięcy, w 1. roku leczenia i raz na 12 miesięcy od 2. roku leczenia należy wykonać: 1) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL i HDL, triglicerydów; 2) badanie stężenia peptydu natriuretycznego typu B (BNP lub NT-pro-BNP); 3) pomiar masy ciała. Raz na 12 miesięcy należy wykonać: 1) elektrokardiografia (EKG); 2) echokardiografia (ECHO); 3) konsultacja kardiologiczna. Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia ciężkości choroby w skali mFARS wykonuje się co 6 miesięcy. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję
--	--	---

a) w szczególnych przypadkach, w których w przebiegu choroby udokumentowano istotne spowolnienie postępu dysfunkcji innych niż uwzględniane w skali mFARS, na wniosek ośrodka prowadzącego, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia, b) nie dotyczy pacjentów przed ukończeniem 18 r.ż., u których leczenie trwa do momentu podjęcia decyzji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha; 2) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha uniemożliwiają kontynuację leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha uniemożliwiają kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		Friedreicha określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: - zmiana wyniku w skali mFARS w ciągu 12 miesięcy leczenia. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 2. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) wynik w skali mFARS przy rozpoczęciu leczenia, b) wynik w skali mFARS podczas oceny skuteczności; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.175.

LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM ALAGILLE’A (ICD-10 Q44.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie świądu w przebiegu cholestazy u pacjentów z zespołem Alagille’a: 1) <i>maraliksiybatem</i>, 2) <i>odewiksiybatem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek co najmniej 2 miesiące w przypadku leczenia <i>maraliksiybatem</i> albo wiek co najmniej 6 miesięcy w przypadku leczenia <i>odewiksiybatem</i>; 2) stężenie kwasów żółciowych w surowicy powyżej 40 µmol/l, w ciągu miesiąca przed kwalifikacją do programu; 3) w wywiadzie trudny w opanowaniu świąd, tj. wynik w skali ItchRO(Obs) $\geq 2,0$ w ciągu miesiąca przed kwalifikacją do programu – dotyczy leczenia <i>maraliksiybatem</i>; 4) w wywiadzie trudny w opanowaniu świąd, tj. wynik w skali Albireo ObsRO lub Whittington’a $\geq 2,0$ w ciągu miesiąca przed kwalifikacją do programu – dotyczy leczenia <i>odewiksiybatem</i>;	1. Dawkowanie Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu zespołu Alagille’a. 1.1. maraliksiybat Dawkowanie i sposób podawania <i>maraliksiybatu</i> – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.2. odewiksiybat Dawkowanie i sposób podawania <i>odewiksiybatu</i> – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	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) - dotyczy leczenia <i>maraliksiybatem</i>;

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); 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania inhibitora transportera kwasów żółciowych w jelicie krętym (ang. <i>ileal bile acid transporter</i>, IBAT) u danego pacjenta z wykorzystaniem <i>maraliksibatu</i> albo <i>odewiksibatu</i>. W przypadku stwierdzenia nieakceptowalnej toksyczności leku z grupy IBAT, która skutkuje koniecznością zakończenia leczenia, możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z grupy IBAT. Brak skuteczności terapii w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>maraliksibatem</i> albo <i>odewiksibatem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		12) badanie przedmiotowe wraz z oceną nasilenia świądu z użyciem 5-punktowej skali Albireo ObsRO lub 5-punktowej skali Whittington'a – dotyczy leczenia <i>odewiksibatem</i>; 13) badania ultrasonograficzne jamy brzusznej (ocena wątroby, dróg żółciowych, śledziony oraz układu moczowego); 14) pomiary antropometryczne - wzrost, masa ciała, BMI (u dzieci); 15) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Pierwsze badanie monitorujące należy wykonać po 4 tygodniach, od rozpoczęcia leczenia. 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;
--	--	--

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. 2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) chirurgiczne przerwanie krążenia jelitowo-wątrobowego; 3) historia przeszczepienia wątroby; 4) zdekompensowana marskość wątroby; 5) wcześniejsza lub obecna inna współistniejąca choroba wątroby; 6) przewlekła biegunka wymagająca stałego podawania płynów dożylnie lub interwencji żywieniowej; 7) występowanie lub obecność w przeszłości jakiegokolwiek innej choroby lub stanów, o których wiadomo, że zaburzą wchłanianie, dystrybucję, metabolizm lub wydalanie leków, w tym metabolizm soli żółciowych w jelicie. 3. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. W przypadku zajścia w ciążę leczenie zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów		8) badanie przedmiotowe wraz z oceną nasilenia świądu z użyciem 5-punktowej skali ItchRO(Obs) – dotyczy leczenia <i>maraliksiybatem</i>; 9) badanie przedmiotowe wraz z oceną nasilenia świądu z użyciem 5-punktowej skali Albireo ObsRO lub 5-punktowej skali Whittington’a – dotyczy leczenia <i>odewiksiybatem</i>; 10) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram); 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). Badania kontrolne wykonywane nie rzadziej niż raz na 3 miesiące: 1) oznaczenie poziomu witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; 2) ocena stężenia międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); 3) badania ultrasonograficzne jamy brzusznej (ocena wątroby, dróg żółciowych, śledziony oraz układu moczowego); 4) pomiary antropometryczne - wzrost, masa ciała, BMI (u dzieci); 5) konsultacje w razie wskazań klinicznych: okulistyka, neurologiczna, kardiologiczna, nefrologiczna, gastrologiczna. Regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u świadczeniobiorców, u których występuje biegunka. 3. Ocena skuteczności leczenia Skuteczność leczenia <i>maraliksiybatem</i> lub <i>odewiksiybatem</i> oceniana jest na podstawie:
--	--	--

choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

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

- 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 $\leq 40 \mu\text{mol/l}$;
- 2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora - ItchRO(Obs) w przypadku leczenia *maraliksiybatem* albo Albireo ObsRO lub Whittington'a w przypadku leczenia *odewiksiybatem* – opiekunowie pacjenta wypełniają codziennie rano i wieczorem kwestionariusz. 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 wyjściowej (w momencie kwalifikacji do programu) w ostatnich 6 tygodniach 3 miesięcznego okresu obserwacji.

Ocenę skuteczności leczenia *maraliksiybatem* albo *odewiksiybatem* wykonuje się w 3 miesiącu od rozpoczęcia terapii, następnie co 3 miesiące.

Odpowiedź kliniczna na leczenie *maraliksiybatem* albo *odewiksiybatem*, 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

odpowiedzi na leczenie nie powinien być ponownie włączany do terapii tą samą substancją czynną.

5. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 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.

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) w przypadku leczenia *maraliksiybatem* albo *Albireo ObsRO* lub *Whittington'a* w przypadku leczenia *odewiksiybatem*,

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.

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, <i>amyotrophic lateral sclerosis</i>) spowodowanej mutacją w genie dysmutazy ponadtlenkowej 1 SOD1 potwierdzoną badaniem genetycznym; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 4) brak przeciwwskazań do nakłucia lędźwiowego; 5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. 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. <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale</i>) wraz z określeniem wartości przy rozpoczynaniu leczenia oraz zmiany w ciągu ostatnich 3 miesięcy jeśli te dane są dostępne.

rozpoczęcia leczenia tofersenem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

Przed wyłączeniem z programu lekowego lekarz prowadzący może wystąpić o opinię do Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) stopień ciężkości choroby, w którym terapia nosi znamiona uporczywej;
- 2) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu 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;

szczegółności 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 przeciwwskazanie do terapii w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie: Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Pacjenci pełnoletni, którzy rozpoczęli leczenie w programie przed ukończeniem 18 roku życia mogą kontynuować terapię w programie pod warunkiem ustalenia przewagi korzyści nad ryzykiem w ocenie lekarza prowadzącego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz na podstawie wskaźników odpowiedzi na leczenie. 3. Kryteria wyłączenia z programu		W trakcie leczenia nie rzadziej niż raz w miesiącu wykonuje się: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w osoczu; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi; 5) pomiar ciśnienia krwi; 6) oznaczenie stężenia amylazy w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; W trakcie leczenia nie rzadziej niż raz na trzy miesiące wykonuje się: 1) konsultację okulistyczną; 2) konsultację kardiologiczną. Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe TK lub MRI konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST lub RANO. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania wykonuje się co 14 – 18 tygodni.
---	--	--

1) stwierdzenie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym (jeśli z uwagi na charakter choroby taka ocena jest możliwa i miarodajna) lub obrazowym na podstawie kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów w OUN); 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie nadwrażliwości na <i>dabrafenib</i> lub <i>trametynib</i> lub na substancję pomocniczą; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		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) <i>pentozanem wielosiarczanem sodowym</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek ≥ 18 lat; 2) rozpoznanie zespołu bolesnego pęcherza/śródmiaższowego zapalenia pęcherza kategorii 2B lub wyższej wg ESSIC, przy czym ostatnia cystoskopia i badanie anatomopatologiczne (jeśli wykonywano) nie mogą być starsze niż 12 miesięcy. Nie ma możliwości kwalifikacji do programu pacjenta z glomerulacjami i nie wykonana lub prawidłową biopsja pęcherza; 3) całkowity wynik ≥ 11 według wskaźnika objawów śródmiaższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI); 4) uzyskanie wyniku > 0 według kwestionariusza śródmiaższowego 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 śródmiaższowego 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 naglających 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 umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 12) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii 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 przewlekłe leki przeciwzakrzepowe, pochodne heparyny, leki trombolityczne lub przeciwplatekcyjne, w tym kwas acetylosalicylowy (ASA) lub niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), (z wyłączeniem stosowania ASA poniżej 100 mg oraz doraźnego stosowania NLPZ). 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 nagłych z lub
---	--	---

Wszystkie powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu – zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu 1) brak wyniku anatomopatologicznego biopsji pęcherza lub wynik prawidłowy dla postaci z glomerulacjami; 2) brak próby leczenia zachowawczego przez min. 6 miesięcy; 3) udokumentowany czas trwania choroby krótszy niż 12 miesięcy. 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak poprawy po upływie 6 miesięcy po rozpoczęciu terapii: wynik bez zmian lub większa liczba punktów według kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O’Leary-Sant (kwestionariusz ICSI) w porównaniu z wynikiem uzyskanym przy kwalifikacji do programu; 2) pogorszenie zarejestrowane w ciągu 2 kolejnych wizyt (zgodnie z pkt 2 - monitorowanie leczenia). Pogorszenie		bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów) - nie starszy niż 7 dni; 6) badania obrazowe zgodne z zaleceniami dla zespołu bolesnego pęcherza moczowego/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 pentošanu wielosiarczuanu sodowego z produktami leczniczymi wpływającymi na krzepnięcie krwi, takimi jak: leki przeciwzakrzepowe, pochodne heparyny, leki trombolityczne lub przeciwplatekcyjne, w tym kwas acetylosalicylowy lub niesteroidowe leki przeciwzapalne – do decyzji lekarza prowadzącego. Pierwsze trzy wizyty kontrolne wraz z oceną skuteczności leczenia odbywają się co 4 tygodnie. Następnie wizyty kontrolne i ocena skuteczności leczenia odbywa się co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania). Konsultacja okulistyczna odbywa się po 6 miesiącach stosowania pentošanu wielosiarczuanu 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 wielosiarczuanu 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.
---	--	---

Załącznik B.179.

LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA ZAPALENIE ROGÓWKI WYWOŁANE PRZEZ *ACANTHAMOEBA* (ICD-10: H19.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie zapalenia rogówki wywołanego przez <i>Acanthamoeba</i> substancją <i>polihexanidum</i> (w stężeniu 0,08% w/w), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Zapalenia Rogówki wywołanego przez <i>Acanthamoeba</i>, 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 programu lekowego umożliwia się leczenie u danego świadczeniobiorcy jednego oka lub obojga oczu jednocześnie, przy czym kwalifikacja odbywa się oddzielnie dla każdego oka. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 12 lat i powyżej;	1. Dawkowanie Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Zalecana dawka to 1 kropla produktu leczniczego do chorego oka, zgodnie ze schematem obejmującym fazę intensywnego leczenia i fazę kontynuacji leczenia. Lek wydawany jest pacjentowi do prowadzenia terapii w warunkach domowych. Jednorazowo możliwe jest wydanie leku na 30 dni terapii, przy czym wydaje się lek w pełnych saszetkach, z uwzględnieniem sposobu dawkowania dla aktualnej fazy leczenia, tak aby zapewnić pełną 30-dniową terapię. Wydanie kolejnej partii leku odbywa się na wizycie kontrolnej, zgodnie z harmonogramem monitorowania leczenia. 2. Wznowienie fazy intensywnego leczenia Faza intensywnego leczenia może zostać wznowiona, jeżeli w fazie kontynuacji leczenia dojdzie do nasilenia lub zaostrzenia stanu zapalnego oka oraz jednocześnie wynik posiewu na obecność <i>Acanthamoeba</i> jest ujemny.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) badanie OCT przedniego odcinka oka; 3) ocena nasilenia objawów choroby na podstawie badania w lampie szczelinowej w skali: a) łagodny – naciek obwodowy rogówki, brak nacieku pierścieniowego, ból umiarkowany, b) umiarkowany – centralny naciek, początek pierścieniowego zapalenia, wzrost bólu i światłowstręt, c) ciężki – pełnościenne nacieki, pierścieniowaty ropień, wrzodziejące zmiany, znaczny ból, zapalenie twardówki; 4) ocena nasilenia bólu w skali VAS (Visual Analog Scale 0–10 pkt); 5) wykonanie zdjęcia przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej; 6) badanie potwierdzające obecność <i>Acanthamoeba</i> w rogówce za pomocą badania PCR oraz: a) mikroskopia konfokalna in vivo lub

2) objawy kliniczne zapalenia rogówki wywołanego przez <i>Acanthamoeba</i> potwierdzone w badaniu PCR oraz: a) mikroskopii konfokalnej <i>in vivo</i> lub b) preparatu bezpośredniego lub posiewu; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 5) 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 dotychczas 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. W tym przypadku należy przedstawić odpowiednią dokumentację z momentu rozpoczęcia terapii, zgodną z badaniami przy kwalifikacji oraz po 6 miesiącach terapii (w przypadku leczenia dłuższego niż 6 miesięcy). 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu	3. 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. Do programu mogą być włączani pacjenci nie spełniający kryteriów wyłączenia z programu.	b) preparatu bezpośredniego lub posiewu; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Badania przeprowadza się w 6, 13, 20 i 30 dniu terapii, a następnie co 30 dni, aż do zakończenia leczenia w programie, z dopuszczalnym odchyleniem +/- 5 dni roboczych od wskazanych terminów. 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) badanie OCT przedniego odcinka oka; 3) ocena nasilenia objawów chorobowych na podstawie badania w lampie szczelinowej i skali z ppkt. 2) w Badaniach przy kwalifikacji; 4) ocena stopnia nasilenia bólu w skali VAS (Visual Analog Scale 0–10 pkt); 5) wykonanie zdjęcia przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej; 2.2. Badania przeprowadzane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia oraz po 30 dniach od zakończenia leczenia na obecność <i>Acanthamoeba</i> w rogówce, tj. badanie PCR oraz: a) mikroskopii konfokalnej <i>in vivo</i> lub b) preparatu bezpośredniego lub posiewu. 2.3. Dodatkowa kontrolna wizyta okulistyczna po nie mniej niż 30 dniach od zakończenia leczenia. 3. Ocena odpowiedzi na leczenie
--	---	---

świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż maksymalny okres leczenia wynosi 12 miesięcy od chwili rozpoczęcia leczenia substancją *polihexanidum* (w stężeniu 0,08% w/w).

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja choroby lub brak odpowiedzi na leczenie w trakcie stosowania leku definiowane jako:
 - a) konieczność powrotu do fazy intensywnego leczenia w trakcie 12 miesięcy od włączenia do leczenia przy pozytywnych badaniach (PCR oraz mikroskopia konfokalna *in vivo* lub preparat bezpośredni lub posiew) na obecność *Acanthamoeba*,
 - b) konieczność drugiego powrotu do fazy intensywnego leczenia w trakcie 12 miesięcy od włączenia do leczenia przy negatywnych badaniach (PCR oraz mikroskopia konfokalna *in vivo* lub preparat bezpośredni lub posiew) na obecność *Acanthamoeba*,
 - c) nawrót objawów klinicznych zapalenia rogówki po 12 miesiącach leczenia w programie;
- 2) brak objawów klinicznych po 30 dniach od odstawienia leku z powodu poprawy klinicznej w trakcie 12-miesięcznej terapii;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 4) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

3.1. Ocena odpowiedzi na leczenie 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.

3.2. Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują:

- 1) poprawę bądź stabilizację najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali BCVA w stosunku do wartości wyjściowych;
- 2) poprawę lub brak stanu zapalnego w przednim odcinku oka na podstawie badania w lampie szczelinowej, udokumentowaną fotograficznie w stosunku do wartości wyjściowych;
- 3) zmniejszenie nasilenia bólu w skali VAS o co najmniej 1,7 pkt (Visual Analog Scale 0–10 pkt) w stosunku do wartości wyjściowych;
- 4) ujemny wynik badania obecności *Acanthamoeba* w rogowce, zweryfikowany po nie mniej niż 30 dni od zakończenia stosowania farmakoterapii, potwierdzone w badaniu PCR oraz:
 - a) mikroskopii konfokalnej *in vivo* lub
 - b) badanie preparatu bezpośredniego lub posiewu;
- 5) brak nawrotu stanu zapalnego po nie mniej niż 30 dniach od zakończenia stosowania farmakoterapii

3.3. Ocena odpowiedzi na leczenie na podstawie wszystkich kryteriów oceny wskazanych w pkt 3.2. wyżej odbywa się w okresie do 21 dni roboczych po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia.

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) konieczność przeprowadzenia przeszczepu rogówki lub innego pilnego zabiegu z powodu postępu choroby; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych do monitorowania leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		3.4. Ocena odpowiedzi na leczenie na podstawie kryteriów oceny wskazanych w pkt 3.2.4) i 3.2.5) wyżej odbywa się po nie mniej niż 30 dniach od odstawienia leczenia. Na podstawie oceny odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach leczenia Zespół Koordynacyjny może: 1) uznać leczenie za skuteczne i wyłączyć chorego z programu lub 2) uznać leczenie za skuteczne, lecz wymagające dalszego leczenia w programie lub 3) uznać leczenie za nieskuteczne i wyłączyć pacjenta z programu. 4. Monitorowanie programu 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt. 3 – wyżej Ocena odpowiedzi na leczenie, 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.180.

LECZENIE CHORYCH Z DYSTROFIĄ MIĘŚNIOWĄ DUCHENNE’A (DMD) (ICD-10: G71.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>wamorolonem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) wiek od 4 lat i powyżej; 2) rozpoznanie dystrofii mięśniowej Duchenne’a; 3) pacjenci bez utraty zdolności chodzenia; 4) 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; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii	1. Dawkowanie 1) <i>wamorolon</i> stosowany jest doustnie. a) u pacjentów o masie ciała poniżej 40 kg - zalecana i jednocześnie maksymalna dawka wynosi 6 mg/kg mc. raz na dobę; b) u pacjentów o masie ciała powyżej 40 kg zalecana i jednocześnie maksymalna dawka wynosi 240 mg (co odpowiada 6 ml) raz na dobę. Szczegóły dotyczące sposobu dawkowania w zależności od masy ciała chorego powinny być prowadzone zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. U pacjentów, którzy wcześniej przewlekłe przyjmowali glikokortykosteroidy, należy rozpocząć leczenie <i>wamorolonem</i> dawką 6 mg/kg/dobę, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia kryzysu nadnerczowego. Rekomendowana jest konieczność edukacji rodzica w zakresie dawkowania kryzysowego w sytuacjach stresowych takie jak ostra infekcja, uraz i zabieg chirurgiczny.	1. Badania przy kwalifikacji 1) wynik badania genetycznego potwierdzający rozpoznanie dystrofii mięśniowej Duchenne’a lub wynik biopsji mięśnia potwierdzający brak obecności/śladową ilość białka dystrofiny; 2) udokumentowanie przebytej infekcji wirusem ospy wietrznej lub szczepienie potwierdzone wywiadem; 3) badania laboratoryjne: morfologia krwi z rozmazem, glukoza, elektrolity (K, Na, Mg), wapń, witamina D3, transaminazy (AST, ALT), GGTP, bilirubina, CPK, lipidogram, TSH, kreatynina [w surowicy], EGFR, mocznik; 4) wynik w skali funkcjonalnej: PUL (Performance of Upper Limb), TCLIMB (Time taken to climb 4 stairs), NSAA (North Star Ambulatory Assessment); 5) ocena kardiologiczna: EKG, ECHO, HOLter; 6) densytometria – do decyzji lekarza; 7) ujemny wynik testu ciążowego u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli dotyczy). 2. Monitorowanie leczenia (wszystkie badania +/- 1 miesiąc) 1) Po 3 miesiącach od pierwszego podania substancji czynnej, następnie po kolejnych 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy leczenia konieczne jest wykonywanie badań kontrolnych

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. Określenie czasu leczenia Leczenie trwa do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia pkt.3. 3. Kryteria wyłączenia Kryterium wyłączenia z leczenia jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) rezygnacja pacjenta; 2) brak skuteczności leczenia zdefiniowany jako brak skuteczności klinicznej w oparciu o decyzję lekarza; 3) brak tolerancji leku przy dawce 2mg/kg/dzień; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;	2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami w zależności od indywidualnej tolerancji produktu przez pacjenta, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.	odnoszących się do: stosowania się do zaleceń sposobu dawkowania, oceny bezpieczeństwa leku, zdarzeń niepożądanych, wyników badań laboratoryjnych (wskazanych w pkt. 1.3) zgodnie z ChPL; 2) Ocena funkcjonalna po 6 miesiącach od pierwszego podania, następnie po kolejnych 6 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy: PUL (Performance of Upper Limb), TTCLIMB (Time taken to climb 4 stairs), NSAA (North Star Ambulatory Assessment); 3) Konsultacje w formie teleporady - maksymalnie 4 na rok; 4) Konsultacja kardiologiczna (EKG, ECHO serca, w miarę konieczności monitorowanie holterowskie) co 12 miesięcy; 5) Densytometria co 12 miesięcy - do decyzji lekarza. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia (wszystkie oceny +/- 1 miesiąc) 1) Ocenę skuteczności klinicznej należy wykonać po 6 miesiącach od pierwszego podania substancji czynnej, następnie po kolejnych 6 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy. 2) Monitorowanie działań niepożądanych. 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, w tym wskaźników skuteczności leczenia, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
---	---	--

5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 6) wystąpienie działań niepożądanych wymagających zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 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) Wyniki w skalach funkcjonalnych: PUL (Performance of Upper Limb), TTCLIMB (Time taken to climb 4 stairs), NSAA (North Star Ambulatory Assessment); 4) 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.181.

ELIMINACJA TOKSYCZNEGO STĘŻENIA METOTREKSATU W OSOCZU U DOROSŁYCH I DZIECI (ICD-10: T45.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie pacjentów otrzymujących chemioterapię dużymi dawkami metotreksatu, u których w następstwie pogorszenia czynności nerek doszło do opóźnionej eliminacji metotreksatu, skutkującej zagrożeniem wystąpienia działań toksycznych metotreksatu, pomimo zastosowania standardowych środków ratunkowych. W ramach programu lekowego udostępnia się terapię: 1) <i>glukarpidazą</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 28 dni i powyżej; 2) opóźniona eliminacja metotreksatu, tj. stężenie metotreksatu w osoczu przekraczające 2 odchylenia standardowe (SD) od średniej przewidywanej krzywej wydalania MTX pomimo stosowania terapii o innym mechanizmie działania jaką stanowią standardowa terapia ratunkowa folinianem wapnia lub kwasem lewofolinowym, stosowane samodzielnie lub w połączeniu z metodami mechanicznymi (hemodializa, dializa otrzewnowa, hemoperfuzja z węglem aktywnym), przy jednoczesnym intensywnym nawodnieniu oraz alkalizacji moczu;	1. Dawkowanie Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka glukarpidazy wynosi 50 jednostek na kilogram masy ciała. Sposób podawania, prowadzony zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	1. Badania przy kwalifikacji Kwalifikacja do programu realizowana jest w oparciu o wyniki badań diagnostycznych wykonanych w ramach stosowanego protokołu klinicznego leczenia wysokodawkowym MTX, obejmujące: 1) oznaczenie stężenia MTX w osoczu 24 godziny od rozpoczęcia wlewu wysokodawkowego MTX; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy i klirensu kreatyniny. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) oznaczenie stężenia MTX w osoczu po podaniu glukarpidazy - nie rzadziej niż co 12 godzin przez co najmniej 72 godz. albo do momentu osiągnięcia wartości $\leq 1 \mu\text{mol/l}$; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny (wg. Cockcroft–Gault). Do pomiaru stężenia MTX po podaniu glukarpidazy zaleca się zastosowanie metody wysokosprawnej chromatografii cieczowej (HPLC). W przypadku braku dostępności oznaczeń metodą HPLC w ciągu pierwszych 48 godzin po podaniu glukarpidazy,

- 3) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta;
- 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Po ustaleniu rozpoznania opóźnionej eliminacji metotreksatu (MTX) lub ryzyka toksyczności MTX, glukarpidazę należy podać bezzwłocznie.

U pacjentów z opóźnioną eliminacją MTX optymalny czas podania leku to 60 godzin od rozpoczęcia wlewu wysokich dawek MTX. W wyjątkowych sytuacjach dopuszcza się podanie leku po upływie 60 godzin, jeśli podanie w czasie 60 godzin nie było możliwe z przyczyn klinicznych lub logistycznych.

Leczenie glukarpidazą w ramach programu obejmuje jednokrotne podanie leku podczas jednego cyklu MTX. Możliwe jest ponowne włączenie pacjenta do programu w innym cyklu leczenia MTX.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie ciężkiej nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 2) udokumentowany brak skuteczności leczenia choroby podstawowej, który w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia może uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy

dawkowanie folinianu wapnia albo kwasu lewofolinowego należy prowadzić w oparciu o stężenie metotreksatu oznaczone przed podaniem glukarpidazy oraz zgodnie z obowiązującym protokołem klinicznym leczenia HDMTX, przy jednoczesnym kontynuowaniu monitorowania stanu klinicznego pacjenta, czynności nerek oraz stężeń metotreksatu. Po upływie 48 godzin od podania glukarpidazy dopuszcza się wykorzystanie wyników oznaczeń metodami immunochemicznymi do monitorowania stężenia metotreksatu.

3. Ocena skuteczności leczenia

Klinicznie istotna redukcja (CIR) stężenia MTX, definiowana jako zmniejszenie stężenia MTX w osoczu do wartości $\leq 1 \mu\text{mol/l}$, oceniana metodą wysokosprawnej chromatografii cieczowej (HPLC).

W przypadku braku dostępności metody HPLC monitorowanie stężenia MTX może być prowadzone metodami immunologicznymi, jednak wyniki uzyskane w okresie po podaniu glukarpidazy należy interpretować ostrożnie ze względu na możliwość zawyżenia oznaczanego stężenia MTX (krzyżowa reakcja DAMPA w immunologicznych metodach oznaczania MTX).

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 pkt. 2. ppkt 1) <i>Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</i> tj. stężenie MTX w osoczu; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA VON HIPPEL-LINDAU (ICD-10: Q85.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji 1) choroba von Hippel-Lindau (VHL) potwierdzona w oparciu o badanie molekularne zaburzeń germinalnych w genie VHL, wykonane za pomocą zwalidowanego testu. W przypadku ujemnego wyniku badania molekularnego, rozpoznanie może być postawione po spełnieniu kryteriów rodowodowo-klinicznych; 2) potwierdzone rozpoznanie co najmniej jednej wymagającej leczenia zmiany nowotworowej związanej z chorobą VHL, spośród wymienionych poniżej: a) miejscowy rak nerkowokomórkowy, b) naczyniak krwionośny zarodkowy centralnego układu nerwowego (ang. <i>hemangioblastoma</i>), c) nowotwór neuroendokrynnny trzustki, dla której – na podstawie konsultacji specjalistycznych właściwych dla lokalizacji zmiany – leczenie miejscowe zostało uznane za nieodpowiednie; 3) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 4) brak obecności choroby przerzutowej w badaniach obrazowych wykonanych podczas kwalifikacji; 5) brak wcześniejszego systemowego leczenia przeciwnowotworowego zmiany będącej podstawą kwalifikacji do terapii belzutyfanem; 6) dopuszczalne są wcześniejsze:	1. Dawkowanie Zalecana dawka belzutyfanu wynosi 120 mg doustnie, raz na dobę. Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) biochemia: glukoza na czczo, bilirubina całkowita, AST, ALT, fosfataza alkaliczna, albuminy, mocznik, kwas moczowy, LDH, kreatynina, białko całkowite, c) elektrolity: sód, potas, wapń, d) żelazo, ferrytyna, transferyna, całkowita zdolność wiązania żelaza; 2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 3) TK lub MR lub inne badania obrazowe właściwego obszaru ciała w zależności od lokalizacji zmian nowotworowych związanych z chorobą VHL oraz sytuacji klinicznej pacjenta; 4) inne badania w razie wskazań klinicznych. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem; b) biochemia: glukoza na czczo, bilirubina całkowita, AST, ALT, mocznik, LDH, kreatynina, c) elektrolity: sód, potas, wapń; 2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

a) leczenie chirurgiczne zmiany będącej podstawą do kwalifikacji do terapii belzutyfanem w przypadku udokumentowanego niepowodzenia leczenia lub progresji, lub b) duży zabieg chirurgiczny bądź radioterapia z dowolnej przyczyny, jeśli zostały zakończone co najmniej 4 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia belzutyfanem; 7) wiek ≥ 18 lat; 8) stan ogólny ECOG 0-2; 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni belzutyfanem w ramach innego sposobu finansowania terapii (z 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. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z niego w związku z ciążą lub karmieniem piersią, które w momencie wyłączenia nie spełniały pozostałych kryteriów wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na belzutyfan lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby nowotworowej oceniona na podstawie badań obrazowych; jeśli progresja dotyczy jednego nowotworu, ale		Wizyty monitorujące bezpieczeństwo leczenia odbywają się co 4 tygodnie przez pierwsze 3 miesiące terapii, a następnie nie rzadziej niż co 12 tygodni. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Ocena odpowiedzi na leczenie wykonywana jest po 12 tygodniach od rozpoczęcia terapii, a następnie co 24 tygodnie w oparciu o wyniki badań obrazowych: 1) TK lub MR lub inne badania obrazowe właściwego obszaru ciała w zależności od lokalizacji zmian nowotworowych związanych z chorobą VHL oraz sytuacji klinicznej pacjenta; 2) 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. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana 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) odpowiedź na leczenie (ORR), w tym całkowitą odpowiedź na leczenie (CR), b) stabilizację choroby (SD), c) progresję choroby (PD). 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
---	--	---

jedenocześnie pacjent odnosi korzyści w innych, równie dominujących		danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii
guzach związanych z VHL, można kontynuować leczenie pod warunkiem, że zaprzestanie podawania belzutyfanu prowadziłoby do konieczności wdrożenia nieodpowiedniej interwencji miejscowej dla tych guzów; 3) wdrożenie przeciwnowotworowego leczenia systemowego innego niż belzutyfan; 4) możliwość przeprowadzenia interwencji miejscowej dla zmiany nowotworowej odnoszącej korzyść z leczenia belzutyfanem; jeśli możliwość podjęcia interwencji miejscowej dotyczy jednego nowotworu, ale jednocześnie pacjent odnosi korzyści w innych, równie dominujących guzach związanych z VHL, można kontynuować leczenie pod warunkiem, że zaprzestanie podawania belzutyfanu prowadziłoby do konieczności wdrożenia nieodpowiedniej interwencji miejscowej dla tych guzów; 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.		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.183

LECZENIE PACJENTÓW Z PIERWOTNYM ZAPALENIEM DRÓG ŻÓŁCIOWYCH (PBC) (ICD-10: K74.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) <i>elafibranor</i>, 2) <i>seladelpar</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie PBC na podstawie obecności co najmniej 2. spośród 3. wymienionych kryteriów diagnostycznych: a) podwyższona aktywność fosfatazy alkalicznej (ALP > 1 x górna granica normy (GGN); b) obecność przeciwciał przeciwmitochondrialnych (AMA) lub, w przypadku niewykrywalnych AMA, przeciwciała anty-gp210 lub anty-sp100; c) cechy uszkodzenia dróg żółciowych w obrazie histopatologicznym wątroby (biopsja); 3) bilirubina całkowita $\leq 2 \times \text{GGN}$ oraz $\text{ALP} > 1,67 \times \text{GGN}$ przy kwalifikacji do leczenia; 4) ALT i AST < 5 x GGN przy kwalifikacji do leczenia;	1. Dawkowanie Dawkowanie leków w programie i ewentualna modyfikacja leczenia – zgodnie z ChPL odpowiedniego leku aktualną na dzień wydania decyzji. U pacjentów z niewystarczającą odpowiedzią na UDCA, którzy tolerują UDCA, <i>elafibranor</i> lub <i>seladelpar</i> stosuje się w skojarzeniu z UDCA. U pacjentów, którzy nie tolerują UDCA, <i>elafibranor</i> lub <i>seladelpar</i> stosuje się w monoterapii. Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu PBC.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi; 2) fosfataza alkaliczna (ALP); 3) gamma-glutamylotransferaza (GGTP); 4) aminotransferaza alaninowa (ALT); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AST); 6) bilirubina całkowita; 7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 8) albumina; 9) kreatynina; 10) przesączanie kłębuszkowe (eGFR); 11) kinaza kreatynowa (CPK); 12) alfa-fetoproteina (AFP); 13) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 14) USG jamy brzusznej; w przypadku podejrzenia niedrożności dróg żółciowych należy przeprowadzić dalszą diagnostykę obrazową zgodnie ze wskazaniami klinicznymi (w tym MRCP, jeśli jest zasadne); 15) badanie określające stopień zaawansowania włóknienia wątroby z wykorzystaniem: elastografii wątroby wykonanej techniką

5) kinaza kreatynowa < 5 x GGN przy kwalifikacji do leczenia - dotyczy leczenia <i>elafibranorem</i>; 6) udokumentowany brak skuteczności kwasu ursodeoksycholowego (UDCA) po minimum dwunastu miesiącach leczenia lub jego nietolerancja; Brak skuteczności UDCA: utrzymywanie się kryterium kwalifikacyjnego po co najmniej 12 miesiącach leczenia UDCA w dawce 13–15 mg/kg mc./dobę, przy udokumentowanej adherencji; Nietolerancja UDCA: udokumentowane działania niepożądane, przeciwwskazanie lub niemożność kontynuowania leczenia mimo właściwego postępowania; w takim przypadku wymaganie 12-miesięcznego okresu leczenia nie ma zastosowania; 7) stopień zaburzeń czynności wątroby odpowiedni dla leku: klasa A wg klasyfikacji Child-Pugh - dotyczy leczenia <i>seladelparem</i>, klasa A lub B wg klasyfikacji Child-Pugh - dotyczy leczenia <i>elafibranorem</i>; 8) wykluczenie ciąży przed rozpoczęciem leczenia oraz zgoda pacjenta na stosowanie skutecznej antykoncepcji podczas leczenia i przez co najmniej 3 tygodnie po przyjęciu ostatniej dawki - dotyczy pacjentów w wieku prokreacyjnym; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość zastosowania u danego pacjenta jednego z dwóch leków: <i>elafibranoru</i> albo <i>seladelparu</i>. W przypadku stwierdzenia nieakceptowalnej toksyczności substancji czynnej wymienionej		umożliwiająca pomiar ilościowy w kPa lub wskaźnika APRI lub FIB-4; 16) ocena stopnia zaburzeń czynności wątroby wg klasyfikacji Child-Pugh. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Pierwsze badanie monitorujące należy wykonać po 12 tygodniach (3 miesiącach), od rozpoczęcia leczenia. Następne badanie kontrolne należy wykonać po 6 miesiącach leczenia i dalej co 6 miesięcy. Badania wykonywane w ramach monitorowania bezpieczeństwa leczenia: 1) morfologia krwi; 2) fosfataza alkaliczna (ALP); 3) gamma-glutamylotransferaza (GGTP); 4) aminotransferaza alaninowa (ALT); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AST); 6) bilirubina całkowita; 7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 8) albumina; 9) kreatynina; 10) przesączanie kłębuszkowe (eGFR); 11) kinaza kreatynowa (CPK); 12) ocena stopnia zaburzeń czynności wątroby wg klasyfikacji Child-Pugh; 13) inne badania w przypadku wskazań klinicznych. 3. Ocena skuteczności leczenia
--	--	---

w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, która skutkuje koniecznością zakończenia leczenia, możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inną substancję czynną wymienioną w programie. Brak skuteczności terapii w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu Świadczeniobiorcy z programu. Pacjenci, którzy nie wykazują korzyści klinicznych po 6 miesiącach ciągłego leczenia w programie, zgodnie z pkt. 3 <i>Ocena skuteczności leczenia</i>, zostają z niego wyłączeni. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. <i>Ocena skuteczności leczenia</i>; 2) progresja do klasy C wg klasyfikacji Child-Pugh; 3) nowe lub narastające zwiększenie aktywności ALT lub AST lub stężenia bilirubiny całkowitej lub kliniczne		Skuteczność leczenia <i>elafibranorem</i> lub <i>seladelparem</i> oceniana jest na podstawie odpowiedzi biochemicznej definiowanej jako spełnienie poniższych warunków: 1) po 6 miesiącach leczenia: $ALP < 1,67 \times GGN$ lub zmniejszenie ALP o co najmniej 15% względem wartości wyjściowej przy jednoczesnym obniżeniu stężenia bilirubiny całkowitej $\leq 1 \times GGN$; 2) po 12 miesiącach leczenia: $ALP < 1,67 \times GGN$, zmniejszenie ALP o co najmniej 15% względem wartości wyjściowej oraz obniżenie stężenia bilirubiny całkowitej $\leq 1 \times GGN$. Powyższe badania wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia wykonuje się w 3. i 6. miesiącu od rozpoczęcia terapii, a następnie co 6 miesięcy. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w 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) zmiany stężenia parametrów laboratoryjnych wymienionych w pkt 2 <i>Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</i>. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

objawy dekompensacji (np. wodobrzusze, encefalopatia wątrobowa lub krwawienie z żyłaków) - rozważyć czasowe wstrzymanie leczenia, a przy nawrocie nieprawidłowości po wznowieniu - całkowite zaprzestanie terapii – dotyczy leczenia <i>seladelparem</i>; 4) całkowita niedrożność dróg żółciowych – dotyczy leczenia <i>seladelparem</i>; 5) schyłkowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii – dotyczy leczenia <i>seladelparem</i>; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 9) okres ciąży lub karmienia piersią; 10) 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; 11) 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.		
--	--	--

C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Abirateroni acetat	Abiral, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901720140555	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
2	Abirateroni acetat	Abirateron Sun, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991508531	2026-07-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
3	Abirateroni acetat	Abiraterone Accord, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05055565780886	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateroni acetat	Abiraterone Glenmark, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991472276	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
5	Abirateroni acetat	Abiraterone Krka, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	03838989746711	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
6	Abirateroni acetat	Abiraterone Medical Valley, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991496395	2026-07-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
7	Abirateroni acetat	Abiraterone MSN, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991576301	2026-07-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
8	Abirateroni acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05907626709872	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
9	Abirateroni acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05907626709865	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
10	Abirateroni acetat	Abiraterone Stada, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991474102	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
11	Abirateroni acetat	Abiraterone Vipham, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901812162175	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
12	Abirateroni acetat	Grumabix, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05900411008624	2025-04-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
13	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
14	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
15	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
16	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991377717	<1><2>2025-01-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
17	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
18	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2026-01-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	91,58	C.68.; C.68.b.	bezpłatny	0 zł
19	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
20	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
21	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
22	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
23	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
24	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
25	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
26	Anagrelidum	Anagrelide Vipham, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991354480	2024-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	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	Anagrelidum	Anagrelide Vipham, 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
28	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
29	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
30	Aprepitantum	Aprepitant Viartis, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2026-10-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	59,50	64,26	68,12	68,12	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
31	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
32	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
33	Axitinibum	Axitinib Accord, tabl. powł., 1 mg	56 szt.	05055565797242	2025-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	1486,30	1605,20	1701,52	1701,52	C.99.	bezpłatny	0 zł
34	Axitinibum	Axitinib Accord, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05055565797266	2025-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	7431,50	8026,02	8507,58	8507,58	C.99.	bezpłatny	0 zł
35	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2026-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	1970,98	2128,66	2256,38	1701,52	C.99.	bezpłatny	0 zł
36	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2026-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	9854,96	10643,36	11281,96	8507,60	C.99.	bezpłatny	0 zł
37	Azacidinidum	Azacididine 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
38	Azacidinidum	Azacididine Betapharm, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	04251556500117	2026-10-01	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
39	Azacidinidum	Azacididine 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	Azacidinidum	Azacididine 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	Azacidinidum	Azacididine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	<1>2025-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	460,00	496,80	526,61	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
42	Azacidinidum	Azacididine 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
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

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
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 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
48	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
49	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
50	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	<1><3>2026-10-01/<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
51	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2026-10-01/<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
52	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
53	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
54	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
55	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
56	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2025-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	44,00	47,52	50,37	50,37	C.2.	bezpłatny	0 zł
57	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2025-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.2.	bezpłatny	0 zł
58	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powł., 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
59	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
60	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05055565779859	2026-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	269,20	290,74	308,18	308,18	C.76.	bezpłatny	0 zł
61	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1,4 ml	05055565774137	2026-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	376,88	407,03	431,45	431,45	C.76.	bezpłatny	0 zł
62	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	431,45	C.76.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
63	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
64	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	431,45	C.76.	bezpłatny	0 zł
65	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
66	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
67	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
68	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 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
69	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 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
70	Bosutinibum	Bosutinib MSN, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991571498	2026-07-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
71	Bosutinibum	Bosutinib MSN, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991571542	2026-07-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
72	Bosutinibum	Bosutinib Onkogen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05999887284793	2026-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
73	Bosutinibum	Bosutinib Onkogen, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05999887284809	2026-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
74	Bosutinibum	Bosutinib Stada, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991538491	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
75	Bosutinibum	Bosutinib Stada, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991538538	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
76	Bosutinibum	Bosutinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	08594739312159	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
77	Bosutinibum	Bosutinib Zentiva, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	08594739312142	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
78	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2025-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	330,00	356,40	377,78	377,78	C.4.	bezpłatny	0 zł
79	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 4,5 ml	05909991452742	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5040,00	5443,20	5769,79	2594,69	C.97.	bezpłatny	0 zł
80	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991452728	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5600,00	6048,00	6410,88	2882,99	C.97.	bezpłatny	0 zł
81	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 6 ml	05909991452735	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	6720,00	7257,60	7693,06	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
82	Cabazitaxelum	Cabazitaxel MSN, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml (60 mg) + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	05909991479909	2025-07-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
83	Cabazitaxelum	Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml (60 mg) + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	08594739254732	2025-07-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
84	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2026-07-01/<4>2026-10-01	<1>3 lata/<2><3><4>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<4>C.111.	bezpłatny	0 zł
85	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2026-07-01/<4>2026-10-01	<1>3 lata/<2><3><4>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<4>C.111.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
86	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2025-07-01/<2><3>2026-07-01/<4>2026-10-01	<1><2>3 lata/<3><4>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<4>C.111.	bezpłatny	0 zł
87	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2025-04-01/<2>2026-10-01	<1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1006.0, Capecitabinum	69,00	74,52	78,99	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
88	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2025-04-01/<2>2026-10-01	<1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1006.0, Capecitabinum	138,00	149,04	157,98	135,66	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
89	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2025-04-01/<2>2026-10-01	<1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1006.0, Capecitabinum	400,00	432,00	457,92	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
90	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powł., 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
91	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powł., 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
92	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909991011079	<1>2025-04-01/<2>2026-10-01	<1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1006.0, Capecitabinum	59,25	63,99	67,83	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
93	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991011239	<1>2025-04-01/<2>2026-10-01	<1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1006.0, Capecitabinum	394,98	426,58	452,17	452,17	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
94	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	05909990816194	2026-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	238,00	257,04	272,46	272,46	C.6.	bezpłatny	0 zł
95	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990816163	2026-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	37,00	39,96	42,36	42,36	C.6.	bezpłatny	0 zł
96	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990816170	2026-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
97	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990816187	2026-07-01	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	24,50	26,46	28,05	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	52,50	56,70	60,10	49,04	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	160,63	173,48	183,89	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	213,75	230,85	244,71	196,15	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
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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
107	Cetuximabum	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2025-04-01/<2>2024-04-01/<3>2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1057.0, Cetuximab	709,00	765,72	811,66	811,66	<1>C.95.a.; <2>C.95.b.; <3>C.95.c.	bezpłatny	0 zł
108	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2025-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	71,00	76,68	81,28	81,28	C.8.	bezpłatny	0 zł
109	Ciclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	05909990119813	2025-01-01	3 lata	1007.0, Ciclosporinum	110,00	118,80	125,93	125,93	C.10.	bezpłatny	0 zł
110	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	05909990958535	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	126,00	136,08	144,24	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.	62,50	67,50	71,55	71,55	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.	125,00	135,00	143,10	143,10	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.	31,25	33,75	35,78	35,78	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	58,26	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	14,31	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
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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
129	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fioł.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 fioł.po 500 mg	05909991029708	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	80,00	86,40	91,58	91,58	C.16.	bezpłatny	0 zł
131	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropozę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
132	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropozę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
133	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 111 mg	30 szt.	08594739302136	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. powł., 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. powł., 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. powł., 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. powł., 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. powł., 100 mg	30 szt.	07613421021856	<1><2>2026-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
139	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	07613421021863	2026-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3150,00	3402,00	3606,12	3606,12	C.92.a.; C.92.b.	bezpłatny	0 zł
140	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	07613421021825	<1><2>2026-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
141	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	07613421021832	<1><2>2026-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
142	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	07613421021849	<1><2>2026-07-01/<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. powł., 100 mg	30 szt.	05909991419943	<1>2026-07-01/<2>2025-10-01	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
144	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991419950	2026-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3150,00	3402,00	3606,12	3606,12	C.92.a.; C.92.b.	bezpłatny	0 zł
145	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991419790	<1>2026-07-01/<2>2025-10-01	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
146	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991419875	<1>2026-07-01/<2>2025-10-01	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
147	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991419929	<1>2026-07-01/<2>2025-10-01	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
148	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991418779	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
149	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991418793	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3150,00	3402,00	3606,12	3606,12	C.92.a.; C.92.b.	bezpłatny	0 zł
150	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991418670	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	900,00	972,00	1030,32	1030,32	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
151	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991418687	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
152	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991418762	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1800,00	1944,00	2060,64	2060,64	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł

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
153	Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum	Vyxeos liposomal, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 44 + 100 mg	1 fiol.	00368727109827	2026-10-01	1 rok 3 miesiące	1011.3, Daunorubicyna + Cytarabina	22100,00	23868,00	25300,08	25300,08	C.83.	bezpłatny	0 zł
154	Denosumabum	Bomyntra, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg	1 amp.-strzyk. 1,7 ml	04052682086182	2026-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	653,83	706,14	748,50	748,50	C.109.	bezpłatny	0 zł
155	Denosumabum	Bomyntra, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol. 1,7 ml	04052682086281	2026-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	653,83	706,14	748,50	748,50	C.109.	bezpłatny	0 zł
156	Denosumabum	Degevma, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol. 1,7 ml	05909991585723	2026-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	730,00	788,40	835,70	835,70	C.109.	bezpłatny	0 zł
157	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
158	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
159	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
160	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
161	Denosumabum	Wyost, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol. 1,7 ml	07622436147000	2026-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	C.109.	bezpłatny	0 zł
162	Denosumabum	Xbryk, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol. 1,7 ml	08809593173557	2026-10-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	729,00	787,32	834,56	834,56	C.109.	bezpłatny	0 zł
163	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol.po 1,7 ml	05909990935024	2026-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	3122,51	3372,31	3574,65	2507,10	C.109.	bezpłatny	0 zł
164	Dexamethasoni phosphas	Demezom, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2026-10-01	3 lata	1161.0, Deksametazon	13,50	14,58	15,45	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
165	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	05907464420700	2024-07-01	3 lata	1161.0, Deksametazon	16,50	17,82	18,89	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
166	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	05909990850280	<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
167	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
168	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
169	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
170	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
171	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990614844	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	211,48	228,40	242,10	242,08	C.20.	bezpłatny	0 zł
172	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990429028	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	52,87	57,10	60,52	60,52	C.20.	bezpłatny	0 zł
173	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990429011	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,57	11,42	12,10	12,10	C.20.	bezpłatny	0 zł
174	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	105,74	114,20	121,05	121,04	C.20.	bezpłatny	0 zł
175	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990851409	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	211,48	228,40	242,10	242,08	C.20.	bezpłatny	0 zł
176	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990851386	2025-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,57	11,42	12,10	12,10	C.20.	bezpłatny	0 zł
177	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991141882	2025-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	105,74	114,20	121,05	121,04	C.20.	bezpłatny	0 zł

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
178	Doxorubicini hydrochloridum	Zolsketil pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania dyspersji do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05055565781623	2026-07-01	2 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	930,00	1004,40	1064,66	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
179	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990983018	2025-04-01	2 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1354,50	1462,86	1550,63	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
180	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990983032	2024-07-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	2325,00	2511,00	2661,66	2661,65	C.22.	bezpłatny	0 zł
181	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2024-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	52,87	57,10	60,52	60,52	C.20.	bezpłatny	0 zł
182	Doxorubicinum	Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg	2 zest. po 3 fiol.	05909990213559	2025-04-01	3 lata	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3005,38	3245,81	3440,56	3440,56	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
183	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991104344	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	800,00	864,00	915,84	526,60	C.23.	bezpłatny	0 zł
184	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991104320	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	200,00	216,00	228,96	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
185	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991104313	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	40,00	43,20	45,79	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
186	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991104337	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	400,00	432,00	457,92	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
187	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990796397	2025-04-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	115,00	124,20	131,65	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
188	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2026-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	686,88	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
189	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
190	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
191	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2025-10-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	650,00	702,00	744,12	744,12	C.81.	bezpłatny	0 zł
192	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2025-10-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	975,00	1053,00	1116,18	1116,18	C.81.	bezpłatny	0 zł
193	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
194	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
195	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
196	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
197	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
198	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
199	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

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
200	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2025-04-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	6600,00	7128,00	7555,68	7555,68	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
201	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2025-04-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	3300,00	3564,00	3777,84	3777,84	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
202	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	<1>2026-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
203	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	<1>2026-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
204	Everolimusum	Everolimus Vipham, tabl., 10 mg	30 szt.	05901812161307	<1>2026-10-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
205	Everolimusum	Everolimus Vipham, tabl., 5 mg	30 szt.	05901812161277	<1>2026-10-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
206	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990900602	2026-10-01	2 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	10125,00	10935,00	11591,10	11591,10	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
207	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2026-10-01	2 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	3637,50	3928,50	4164,21	2897,78	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
208	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2026-10-01	2 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	7275,00	7857,00	8328,42	5795,55	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
209	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	53,00	57,24	60,67	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
210	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	265,00	286,20	303,37	294,38	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
211	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	84,80	91,58	97,08	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
212	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	424,00	457,92	485,40	471,00	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
213	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz. po 0,5 ml	05909990687787	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	203,19	219,45	232,61	232,61	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
214	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687763	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	71,50	77,22	81,85	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
215	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz. po 0,5 ml	05909990687848	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	325,16	351,17	372,24	372,24	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
216	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687800	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	106,96	115,52	122,45	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
217	Fludarabini phosphas	Fludara, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909991183325	2025-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1439,00	1554,12	1647,37	1647,37	C.25.	bezpłatny	0 zł
218	Fluorouracilum	5 Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. po 20 ml	05909990450633	2025-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	17,50	18,90	20,03	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
219	Fluorouracilum	5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990336258	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	87,10	94,07	99,72	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
220	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990774784	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	5,60	6,05	6,59	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
221	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990774807	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	56,00	60,48	64,11	64,11	C.26.	bezpłatny	0 zł
222	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990774791	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	11,20	12,10	12,82	12,82	C.26.	bezpłatny	0 zł
223	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990477814	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,90	7,45	7,99	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł

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
224	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990478019	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
225	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990477913	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,30	14,36	15,23	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
226	Fulvestrantum	Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991411022	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
227	Fulvestrantum	Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991389765	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	460,00	496,80	526,61	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
228	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipham, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161888	2025-04-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	432,00	466,56	494,55	494,55	C.27.	bezpłatny	0 zł
229	Fulvestrantum	Fulvestrant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991399221	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	478,00	516,24	547,21	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
230	Gefitinibum	Gefitinib Accord, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2024-10-01	3 lata	1087.0, Gefitinibum	900,00	972,00	1030,32	1030,32	C.80.	bezpłatny	0 zł
231	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
232	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
233	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
234	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
235	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
236	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
237	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Eugia, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909991556105	2026-10-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,00	85,32	90,44	90,44	C.29.	bezpłatny	0 zł
238	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt.	05909990836758	2025-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
239	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2025-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
240	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2025-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	111,50	120,42	127,65	115,34	C.31.	bezpłatny	0 zł
241	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2025-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	201,50	217,62	230,68	230,68	C.31.	bezpłatny	0 zł
242	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05055565726983	<1><2><3>2026-10-01/<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
243	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05055565726990	<1><2><3>2026-10-01/<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
244	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, 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

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
245	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, 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
246	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, 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
247	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, 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
248	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05055565731345	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	150,00	162,00	171,72	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
249	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05055565731321	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,00	21,60	22,90	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
250	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05055565731352	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	250,00	270,00	286,20	242,32	C.35.	bezpłatny	0 zł
251	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05055565731338	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	50,00	54,00	57,24	48,46	C.35.	bezpłatny	0 zł
252	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Eugia, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909991499303	2026-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	126,00	136,08	144,24	144,24	C.35.	bezpłatny	0 zł
253	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Eugia, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909991499280	2026-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	16,93	18,28	19,39	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
254	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Eugia, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991499310	2026-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	210,00	226,80	240,41	240,41	C.35.	bezpłatny	0 zł
255	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Eugia, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991499297	2026-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	42,33	45,72	48,46	48,46	C.35.	bezpłatny	0 zł
256	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
257	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
258	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
259	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
260	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz. po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4117,56	4446,96	4713,78	4713,78	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
261	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz. po 0,5 ml	05909991094416	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01	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
262	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz. po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2026-10-01	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
263	Lapatynibum	Brastib, tabl. powł., 250 mg	140 szt.	05909991507831	2026-10-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	4484,36	4843,11	5133,69	5133,69	C.96.	bezpłatny	0 zł
264	Lapatynibum	Brastib, tabl. powł., 250 mg	70 szt.	05909991507817	2026-10-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2242,18	2421,55	2566,85	2566,85	C.96.	bezpłatny	0 zł
265	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2025-07-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	5979,16	6457,49	6844,94	5133,70	C.96.	bezpłatny	0 zł
266	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2025-07-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2989,58	3228,75	3422,47	2566,85	C.96.	bezpłatny	0 zł
267	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
268	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
269	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
270	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
271	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
272	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05055565770863	<1>2026-07-01/<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	<1>3 lata/<2><3><4>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
273	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05055565770870	<1>2026-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1>3 lata/<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
274	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05055565770887	<1>2026-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1>3 lata/<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
275	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05055565770856	<1>2026-07-01/<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	<1>3 lata/<2><3><4>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
276	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
277	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
278	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
279	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

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
280	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	03838989737627	<1>2026-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-04-01	<1>3 lata/<2><3><4>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
281	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	03838989737634	<1>2026-07-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1>3 lata/<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
282	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	03838989737641	<1>2026-07-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1>3 lata/<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
283	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	03838989737658	<1>2026-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-04-01	<1>3 lata/<2><3><4>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
284	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
285	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
286	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
287	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
288	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05901797710910	<1>2026-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	<1>3 lata/<2><3><4>2 lata	1120.0, Lenalidomid	792,00	855,36	906,68	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
289	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05901797710996	<1>2026-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1188,00	1283,04	1360,02	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
290	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05901797710934	<1>2026-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1980,00	2138,40	2266,70	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
291	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05901797710903	<1>2026-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	<1>3 lata/<2><3><4>2 lata	1120.0, Lenalidomid	396,00	427,68	453,34	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
292	Melphalanum	Alkeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2025-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	100,00	108,00	114,48	114,48	C.39.	bezpłatny	0 zł
293	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
294	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
295	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
296	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990333936	2025-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	350,00	378,00	400,68	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
297	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
298	Mitotanium	Lysodren, tabl., 500 mg	100 szt.	05909990335237	2025-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanium	2465,00	2662,20	2821,93	2821,93	C.43.	bezpłatny	0 zł
299	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
300	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	2026-07-01	3 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	192,00	207,36	219,80	219,80	C.0.16.a.; C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
301	Nilotinibum	Nilotinib Accord, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	0505565796061	2025-07-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	4450,00	4806,00	5094,36	5094,36	C.103.	bezpłatny	0 zł
302	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
303	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
304	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
305	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
306	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
307	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
308	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
309	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
310	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2025-07-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
311	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
312	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
313	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
314	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
315	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2025-07-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
316	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2025-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	15,95	17,23	18,26	14,83	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
317	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2025-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
318	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
319	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990798254	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	56,50	61,02	64,68	64,68	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
320	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
321	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	<1>2024-04-01/<2>2026-07-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	1031.0, Oxaliplatinum	29,50	31,86	33,77	32,34	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
322	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	<1>2024-04-01/<2>2026-07-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	1031.0, Oxaliplatinum	59,00	63,72	67,54	64,68	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
323	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	<1>2024-04-01/<2>2026-07-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	1031.0, Oxaliplatinum	118,00	127,44	135,09	129,36	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
324	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
325	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
326	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
327	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
328	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
329	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
330	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
331	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
332	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
333	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
334	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
335	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
336	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
337	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
338	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
339	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
340	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

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
341	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
342	Pazopanibum	Pazopanib Accord, tabl. powł., 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
343	Pazopanibum	Pazopanib Accord, tabl. powł., 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
344	Pazopanibum	Pazopanib Stada, tabl. powł., 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
345	Pazopanibum	Pazopanib Stada, tabl. powł., 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
346	Pazopanibum	Pazopanib Stada, tabl. powł., 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
347	Pazopanibum	Pazopanib Viatris, tabl. powł., 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
348	Pazopanibum	Pazopanib Viatris, tabl. powł., 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
349	Pazopanibum	Pazopanib Viatris, tabl. powł., 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
350	Pazopanibum	Pazopanib Zentiva, tabl. powł., 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
351	Pazopanibum	Pazopanib Zentiva, tabl. powł., 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
352	Pazopanibum	Pazopanib Zentiva, tabl. powł., 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
353	Pazopanibum	Pazopanib Zentiva, tabl. powł., 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
354	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990764877	<1>2024-07-01/<2>2026-07-01	<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
355	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	90 szt.	05909990764884	<1>2024-07-01/<2>2026-07-01	<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
356	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990764891	<1>2024-07-01/<2>2026-07-01	<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
357	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	60 szt.	05909990764907	<1>2024-07-01/<2>2026-07-01	<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
358	Pegaspargasum	Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j./ml	1 fiol. proszku	00642621070989	2026-07-01	3 lata	1033.0, Pegaspargasum	6669,50	7203,06	7635,24	7635,24	C.48.	bezpłatny	0 zł
359	Pegfilgrastimum	Fulphila, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05397315001385	2025-10-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
360	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
361	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2025-04-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1700,00	1836,00	1946,16	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
362	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
363	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
364	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
365	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
366	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

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
367	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
368	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
369	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
370	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
371	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
372	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
373	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
374	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
375	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
376	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
377	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
378	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
379	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
380	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
381	Pomalidomidum	Pomalidomid Reig Jofre, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05909991574710	2026-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	11850,00	12798,00	13565,88	13565,88	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
382	Pomalidomidum	Pomalidomid Reig Jofre, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05909991574727	2026-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	15800,00	17064,00	18087,84	18087,84	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
383	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
384	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
385	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
386	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
387	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
388	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
389	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
390	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

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

391	Pomalidomidum	Pomalidomide 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
392	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
393	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	0383898769604	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
394	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	0383898769611	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
395	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	0383898769628	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
396	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	0383898769635	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
397	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
398	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
399	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
400	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
401	Pomalidomidum	Pomalidomide Stada, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	04011548050637	2026-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
402	Pomalidomidum	Pomalidomide Stada, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	04011548050644	2026-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8000,00	8640,00	9158,40	9158,40	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
403	Pomalidomidum	Pomalidomide Stada, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	04011548050651	2026-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12000,00	12960,00	13737,60	13737,60	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
404	Pomalidomidum	Pomalidomide Stada, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	04011548050668	2026-07-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16000,00	17280,00	18316,80	18316,80	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
405	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
406	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
407	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
408	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
409	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
410	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
411	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2026-10-01	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
412	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
413	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
414	Radium dichloridum Ra223	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL	1 fiol. 6 ml	05908229300176	2026-07-01	2 lata	1170.0, Dichlorek radu Ra-223	16416,00	17729,28	18793,04	18793,04	C.98.	bezpłatny	0 zł
415	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
416	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
417	Regorafenib	Stivarga, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05908229302026	2025-07-01	2 lata	1336.0, Regorafenib	9853,20	10641,46	11279,94	11279,94	C.105.a.; C.105.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
418	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
419	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
420	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
421	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
422	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
423	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
424	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
425	Sorafenibum	Sorafenib Accord, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05055565785706	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	<1>C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.; <2>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
426	Sorafenibum	Sorafenib G.L., tabl. powł., 200 mg	112 szt.	09008732012415	2025-04-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1960,00	2116,80	2243,81	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
427	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991459239	<1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01/<4>2025-04-01	<1>1 rok 3 miesiące/<2><3><4>2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.; <4>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
428	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 400 mg	56 szt.	05909991482954	2025-07-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1810,00	1954,80	2072,09	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
429	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991440145	<1><2><3>2026-10-01/<4>2025-04-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1078.0, Sorafenib	2797,00	3020,76	3202,01	2066,36	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.; <4>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
430	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05995327181592	<1><2><4>2025-07-01/<3>2026-07-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1079.0, Sunitynib	400,00	432,00	457,92	343,44	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
431	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05995327181608	<1><2><4>2025-07-01/<3>2026-07-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1079.0, Sunitynib	1100,00	1188,00	1259,28	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
432	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05995327181615	<1>2025-07-01/<2>2026-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1079.0, Sunitynib	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
433	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt.	05055565775707	<1><2><4>2025-07-01/<3>2026-07-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1079.0, Sunitynib	750,00	810,00	858,60	367,97	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
434	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05055565775714	<1><2><4>2025-07-01/<3>2026-07-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 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
435	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05055565775721	<1>2025-07-01/<2>2026-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1079.0, Sunitynib	3000,00	3240,00	3434,40	1471,89	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
436	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	343,44	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
437	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991522483	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	800,00	864,00	915,84	686,88	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
438	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991522490	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1600,00	1728,00	1831,68	1373,76	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
439	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991458515	<1><2><4>2025-07-01/<3>2026-07-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1079.0, Sunitynib	950,00	1026,00	1087,56	343,44	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
440	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991458522	<1><2><4>2025-07-01/<3>2026-07-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1079.0, Sunitynib	2050,00	2214,00	2346,84	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
441	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991458539	<1>2025-07-01/<2>2026-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1079.0, Sunitynib	3400,00	3672,00	3892,32	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
442	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	343,44	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
443	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991491673	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	686,88	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
444	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991491789	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	1373,76	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł
445	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05907626709261	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	343,44	C.88.a.; C.88.b.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
446	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05907626709278	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	686,88	C.88.a.; C.88.b.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
447	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05907626709292	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	1373,76	C.88.a.	bezpłatny	0 zł
448	Sunitinibum	Sunitinib Vipham, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt.	05901812162762	2025-07-01	<1><3><4>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	367,97	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
449	Sunitinibum	Sunitinib Vipham, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05901812162779	2025-07-01	<1><3><4>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	735,94	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
450	Sunitinibum	Sunitinib Vipham, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05901812162786	2025-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	1471,89	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł
451	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2025-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	13,20	14,26	15,11	15,11	C.52.	bezpłatny	0 zł
452	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05055565719350	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.64.	bezpłatny	0 zł
453	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05055565719367	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	300,00	324,00	343,44	326,27	C.64.	bezpłatny	0 zł
454	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05055565719374	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	400,00	432,00	457,92	419,49	C.64.	bezpłatny	0 zł
455	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05055565719343	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	45,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
456	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05055565719381	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	550,00	594,00	629,64	582,63	C.64.	bezpłatny	0 zł
457	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05055565719336	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	11,45	C.64.	bezpłatny	0 zł
458	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05909991438449	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.64.	bezpłatny	0 zł
459	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05909991438456	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	285,00	307,80	326,27	326,27	C.64.	bezpłatny	0 zł
460	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05909991438463	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	360,00	388,80	412,13	412,13	C.64.	bezpłatny	0 zł
461	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05909991438432	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	45,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
462	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05909991438470	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	500,00	540,00	572,40	572,40	C.64.	bezpłatny	0 zł
463	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05909991438401	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	11,45	C.64.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
464	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2023-11-01	3 lata	1150.0, Temsirolimus	2518,00	2719,44	2882,61	2882,61	C.100.	bezpłatny	0 zł
465	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2025-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	372,00	401,76	425,87	425,87	C.56.	bezpłatny	0 zł
466	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	65,00	70,20	74,41	74,41	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
467	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	260,00	280,80	297,65	297,64	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
468	Trabectedinum	Trabectedin 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	1287,90	C.93.	bezpłatny	0 zł
469	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
470	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909991516369	2026-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	1141,00	1232,28	1306,22	1287,90	C.93.	bezpłatny	0 zł
471	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909991516376	2026-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	4500,00	4860,00	5151,60	5151,60	C.93.	bezpłatny	0 zł
472	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	1287,90	C.93.	bezpłatny	0 zł
473	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
474	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
475	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
476	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05901797710415	2026-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1050,00	1134,00	1202,04	1035,10	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
477	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	2026-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2350,00	2538,00	2690,28	2690,28	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
478	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	2026-10-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	748,80	808,70	857,23	857,23	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
479	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05415062346655	2026-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2531,70	2734,24	2898,29	2898,29	C.86a.; C.86.b.; C.86.c.	bezpłatny	0 zł
480	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
481	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
482	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2025-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	33,23	35,89	38,04	30,60	C.61.	bezpłatny	0 zł
483	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2025-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	133,64	144,33	152,99	152,99	C.61.	bezpłatny	0 zł
484	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909990945016	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	156,81	169,35	179,52	129,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
485	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909990945115	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	235,21	254,03	269,27	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
486	Vinorelbium	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990573325	2025-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbium inj	200,00	216,00	228,96	228,96	C.63.	bezpłatny	0 zł
487	Vinorelbium	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990573349	2025-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbium inj	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
488	Vinorelbium	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbium inj	30,00	32,40	34,34	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
489	Vinorelbium	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbium inj	150,00	162,00	171,72	114,50	C.63.	bezpłatny	0 zł
490	Vinorelbium	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	05909991314439	2025-10-01	3 lata	1042.1, Vinorelbium inj	20,00	21,60	22,90	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
491	Vinorelbium	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909991314446	2025-10-01	3 lata	1042.1, Vinorelbium inj	100,00	108,00	114,48	114,48	C.63.	bezpłatny	0 zł
492	Vinorelbium	Vinorelbine Accord, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909991516611	2026-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbium p.o.	112,90	121,93	129,24	129,24	C.63.	bezpłatny	0 zł
493	Vinorelbium	Vinorelbine Accord, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909991516871	2026-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbium p.o.	169,36	182,91	193,88	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
494	Vinorelbium	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	04037353020092	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbium p.o.	116,40	125,71	133,25	129,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
495	Vinorelbium	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	04037353020085	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbium p.o.	174,60	188,57	199,89	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
496	Vinorelbium	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 80 mg	1 szt.	04037353020078	2026-01-01	3 lata	1042.2, Vinorelbium p.o.	451,62	487,75	517,02	517,01	C.63.	bezpłatny	0 zł
497	Vinorelbium	Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909991402365	2025-10-01	3 lata	1042.2, Vinorelbium p.o.	112,91	121,94	129,25	129,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
498	Vinorelbium	Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909991402389	2025-10-01	3 lata	1042.2, Vinorelbium p.o.	169,36	182,91	193,88	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
499	Vinorelbium	Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 80 mg	1 szt.	05909991402402	2025-10-01	3 lata	1042.2, Vinorelbium p.o.	451,63	487,76	517,03	517,01	C.63.	bezpłatny	0 zł
500	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2025-10-01	5 lat	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	125,73	135,79	143,93	125,93	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
501	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	165,00	178,20	188,89	188,89	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

ACIDUM LEVOFOLINICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	ACIDUM LEVOFOLINICUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.02.

CALCII FOLINAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	CALCII FOLINAS	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.03.

DARBEPOETIN ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	DARBEPOETIN ALFA	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DARBEPOETIN ALFA	D46	ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	DARBEPOETIN ALFA	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	DARBEPOETIN ALFA	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	DARBEPOETIN ALFA	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	DARBEPOETIN ALFA	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	DARBEPOETIN ALFA	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	DARBEPOETIN ALFA	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	DARBEPOETIN ALFA	D46.9	ZESPOŁ MIEŁODYPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.04.

EPOETINUM ALPHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	EPOETINUM ALPHA	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	EPOETINUM ALPHA	D46	ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	EPOETINUM ALPHA	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	EPOETINUM ALPHA	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	EPOETINUM ALPHA	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	EPOETINUM ALPHA	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	EPOETINUM ALPHA	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	EPOETINUM ALPHA	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	EPOETINUM ALPHA	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.06.

FILGRASTIMUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	FILGRASTIMUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.08.

MESNUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	MESNUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.09.

ONDANSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	ONDANSETRONUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.10.

PEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	PEGFILGRASTIMUM	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIEJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIEŁODYPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI

Załącznik C.0.11

RASBURICASUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	RASBURICASUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.12

APREPITANTUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	APREPITANTUM	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $>70 \text{ MG/M}^2$ – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.14.a.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	POSACONAZOLUM	ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH

Załącznik C.0.14.b.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	POSACONAZOLUM	– OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;

Załącznik C.0.14.c.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	POSACONAZOLUM	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH - LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH - LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH - LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII

Załącznik C.0.15.

VORICONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	VORICONAZOLUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.16.a.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM	NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $\geq 50 \text{ MG/M}^2$ – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.16.b.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM	WCZESNE LUB OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM ANTYBIOTYKU Z GRUPY ANTRACYKLIN I CYKLOFOSFAMIDU – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.17.

DEXAMETHASONI PHOSPHAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	DEXAMETHASONI PHOSPHAS	PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

Załącznik C.2.

BICALUTAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BICALUTAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.3.

BLEOMYCIN SULPHATE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BLEO MYC IN SULPHATE	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	BLEO MYC IN SULPHATE	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	BLEO MYC IN SULPHATE	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	BLEO MYC IN SULPHATE	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	BLEO MYC IN SULPHATE	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	BLEO MYC IN SULPHATE	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	BLEO MYC IN SULPHATE	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	BLEO MYC IN SULPHATE	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	BLEO MYC IN SULPHATE	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	BLEO MYC IN SULPHATE	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	BLEO MYC IN SULPHATE	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	BLEO MYC IN SULPHATE	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	BLEO MYC IN SULPHATE	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.2	JĘZYCZEK
33	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	BLEO MYC IN SULPHATE	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	BLEO MYC IN SULPHATE	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	BLEO MYC IN SULPHATE	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	BLEO MYC IN SULPHATE	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	BLEO MYC IN SULPHATE	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	BLEO MYC IN SULPHATE	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	BLEO MYC IN SULPHATE	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	BLEO MYC IN SULPHATE	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	BLEO MYC IN SULPHATE	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	BLEO MYC IN SULPHATE	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	BLEO MYC IN SULPHATE	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	BLEO MYC IN SULPHATE	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	BLEO MYC IN SULPHATE	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	BLEO MYC IN SULPHATE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	BLEO MYC IN SULPHATE	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	BLEO MYC IN SULPHATE	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	BLEO MYC IN SULPHATE	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	BLEO MYC IN SULPHATE	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	BLEO MYC IN SULPHATE	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	BLEO MYC IN SULPHATE	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	BLEO MYC IN SULPHATE	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
79	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
87	BLEO MYC IN SULPHATE	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
88	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.0	SERCE
89	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.2	SRÓDPERSIE TYLNE
91	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.3	SRÓDPERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
92	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.4	OPLUCNA
93	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, SRÓDPERSIA I OPLUCNEJ
94	BLEO MYC IN SULPHATE	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
95	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
96	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
98	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
99	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
100	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
101	BLEO MYC IN SULPHATE	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
102	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
103	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.1	ŻUCHWA
104	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
105	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
106	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
107	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
108	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
109	BLEO MYC IN SULPHATE	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
110	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
111	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
112	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
114	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
115	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
116	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
117	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
118	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
119	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
120	BLEO MYC IN SULPHATE	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
121	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.0	SKÓRA WARGI
122	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
123	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZE WNĘTRZNEGO
124	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
125	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
126	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
127	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
128	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
129	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
130	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
131	BLEO MYC IN SULPHATE	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
132	BLEO MYC IN SULPHATE	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
133	BLEO MYC IN SULPHATE	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
134	BLEO MYC IN SULPHATE	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
135	BLEO MYC IN SULPHATE	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
136	BLEO MYC IN SULPHATE	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
137	BLEO MYC IN SULPHATE	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
138	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
139	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
140	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.2	ŁECHTACZKA
141	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
142	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
143	BLEO MYC IN SULPHATE	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
144	BLEO MYC IN SULPHATE	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
145	BLEO MYC IN SULPHATE	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
146	BLEO MYC IN SULPHATE	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
147	BLEO MYC IN SULPHATE	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
148	BLEO MYC IN SULPHATE	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
149	BLEO MYC IN SULPHATE	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
150	BLEO MYC IN SULPHATE	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
151	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
152	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
153	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
154	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.3	PRZYMACICZA
155	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.4	PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE
156	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
157	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
158	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
159	BLEO MYC IN SULPHATE	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
160	BLEO MYC IN SULPHATE	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
161	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.0	NAPLETEK
162	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
163	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.2	TRZON PRĄCIA
164	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
165	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
166	BLEO MYC IN SULPHATE	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
167	BLEO MYC IN SULPHATE	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
168	BLEO MYC IN SULPHATE	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
169	BLEO MYC IN SULPHATE	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
170	BLEO MYC IN SULPHATE	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
171	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.0	NAJĄDRZE
172	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
173	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.2	MOSZNA
174	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
175	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
176	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
177	BLEO MYC IN SULPHATE	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
179	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
180	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
181	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
182	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
183	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.5	KOMORY MÓZGOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
184	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.6	MÓZDŻEK
185	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.7	PIEŃ MÓZGU
186	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
187	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
188	BLEO MYC IN SULPHATE	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
189	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
190	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
191	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.2	BRZUCH
192	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.3	MIEDNICA
193	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
194	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
195	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
196	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
197	BLEO MYC IN SULPHATE	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
198	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
199	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
200	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
201	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
202	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
203	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
204	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
205	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
207	BLEO MYC IN SULPHATE	C81	CHOROBA HODGKINA
208	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
209	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
210	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
211	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
212	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
213	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
214	BLEO MYC IN SULPHATE	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
215	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
216	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
217	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
218	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
219	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
220	BLEO MYC IN SULPHATE	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
221	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
222	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
223	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
224	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.3	WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY)
225	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
226	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
227	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
228	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	BLEO MYC IN SULPHATE	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
234	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	BLEO MYC IN SULPHATE	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	BLEO MYC IN SULPHATE	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
240	BLEO MYC IN SULPHATE	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	BLEO MYC IN SULPHATE	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	BLEO MYC IN SULPHATE	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	BLEO MYC IN SULPHATE	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
245	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
248	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	BLEO MYC IN SULPHATE	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	BLEO MYC IN SULPHATE	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	BLEO MYC IN SULPHATE	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	BLEOMYCIN SULPHATE	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
254	BLEOMYCIN SULPHATE	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
255	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
256	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
257	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
258	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
259	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
260	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
261	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
262	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
263	BLEOMYCIN SULPHATE	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
264	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
265	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
266	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
267	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
268	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
269	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
270	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
271	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
272	BLEOMYCIN SULPHATE	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
273	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
274	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
275	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
276	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	BLEO MYC IN SULPHATE	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
278	BLEO MYC IN SULPHATE	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
279	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
280	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
281	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
282	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
283	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
284	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
285	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
286	BLEO MYC IN SULPHATE	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
287	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
288	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
289	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
290	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
291	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
292	BLEO MYC IN SULPHATE	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
293	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
294	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
295	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
296	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
297	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
298	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
299	BLEO MYC IN SULPHATE	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	BLEO MYC IN SULPHATE	D03	CZERNIAK IN SITU
301	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
303	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	BLEO MYC IN SULPHATE	D39.1	JAJNIK
312	BLEO MYC IN SULPHATE	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
317	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.4	OTRZEWNA
318	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.5	SKÓRA
319	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.6	SUTEK
320	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
322	BLEOMYCIN SULPHATE	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
323	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
324	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
325	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
326	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
327	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
328	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
329	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.4.

BUSULFANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BUSULFANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
2	BUSULFANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
3	BUSULFANUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
4	BUSULFANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
5	BUSULFANUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
6	BUSULFANUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
7	BUSULFANUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
8	BUSULFANUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
9	BUSULFANUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
10	BUSULFANUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11	BUSULFANUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
12	BUSULFANUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
13	BUSULFANUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
14	BUSULFANUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
15	BUSULFANUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
16	BUSULFANUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
17	BUSULFANUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
18	BUSULFANUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
19	BUSULFANUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
20	BUSULFANUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	BUSULFANUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
22	BUSULFANUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.5.a.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CAPECITABINE	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	CAPECITABINE	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
3.	CAPECITABINE	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
4.	CAPECITABINE	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
5.	CAPECITABINE	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.5.b.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CAPECITABINE	C00	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WARGI <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
2.	CAPECITABINE	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
3.	CAPECITABINE	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
4.	CAPECITABINE	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
5.	CAPECITABINE	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
6.	CAPECITABINE	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
7.	CAPECITABINE	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
8.	CAPECITABINE	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
9.	CAPECITABINE	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
10.	CAPECITABINE	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
11.	CAPECITABINE	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	CAPECITABINE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
13.	CAPECITABINE	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
14.	CAPECITABINE	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
15.	CAPECITABINE	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMYUSTNEJ I GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
16.	CAPECITABINE	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
17.	CAPECITABINE	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
17.	CAPECITABINE	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
18.	CAPECITABINE	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
19.	CAPECITABINE	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
20.	CAPECITABINE	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
21.	CAPECITABINE	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
22.	CAPECITABINE	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
23.	CAPECITABINE	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
24.	CAPECITABINE	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR 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 DZIAŚŁA
5.	CARBOPLATIN	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	CARBOPLATIN	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	CARBOPLATIN	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	CARBOPLATIN	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	CARBOPLATIN	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	CARBOPLATIN	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	CARBOPLATIN	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	CARBOPLATIN	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	CARBOPLATIN	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
14.	CARBOPLATIN	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	CARBOPLATIN	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	CARBOPLATIN	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	CARBOPLATIN	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18.	CARBOPLATIN	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
19.	CARBOPLATIN	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
20.	CARBOPLATIN	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	CARBOPLATIN	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
22.	CARBOPLATIN	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
23.	CARBOPLATIN	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
24.	CARBOPLATIN	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
25.	CARBOPLATIN	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
26.	CARBOPLATIN	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
27.	CARBOPLATIN	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
28.	CARBOPLATIN	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 KŁATKI PIERSIOWEJ
34.	CARBOPLATIN	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35.	CARBOPLATIN	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
36.	CARBOPLATIN	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
37.	CARBOPLATIN	C45	MIĘDZYBŁONIAK
38.	CARBOPLATIN	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
39.	CARBOPLATIN	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
40.	CARBOPLATIN	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
41.	CARBOPLATIN	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
42.	CARBOPLATIN	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ 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 SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65.	CARBOPLATIN	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
66.	CARBOPLATIN	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
67.	CARBOPLATIN	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
68.	CARBOPLATIN	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
69.	CARBOPLATIN	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
70.	CARBOPLATIN	C81	CHOROBA HODGKINA
71.	CARBOPLATIN	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
72.	CARBOPLATIN	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
73.	CARBOPLATIN	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74.	CARBOPLATIN	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
75.	CARBOPLATIN	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
76.	CARBOPLATIN	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
77.	CARBOPLATIN	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
78.	CARBOPLATIN	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
79.	CARBOPLATIN	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
80.	CARBOPLATIN	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
81.	CARBOPLATIN	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	CARBOPLATIN	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83.	CARBOPLATIN	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
84.	CARBOPLATIN	D00.2	ŻOŁĄDEK
85.	CARBOPLATIN	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
86.	CARBOPLATIN	D03	CZERNIAK IN SITU
87.	CARBOPLATIN	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88.	CARBOPLATIN	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
89.	CARBOPLATIN	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
90.	CARBOPLATIN	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
91.	CARBOPLATIN	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
92.	CARBOPLATIN	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
93.	CARBOPLATIN	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
94.	CARBOPLATIN	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
95.	CARBOPLATIN	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
96.	CARBOPLATIN	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
97.	CARBOPLATIN	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
98.	CARBOPLATIN	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
99.	CARBOPLATIN	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
100.	CARBOPLATIN	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
101.	CARBOPLATIN	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102.	CARBOPLATIN	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
103.	CARBOPLATIN	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
104.	CARBOPLATIN	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
105.	CARBOPLATIN	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
106.	CARBOPLATIN	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
107.	CARBOPLATIN	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
108.	CARBOPLATIN	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
109.	CARBOPLATIN	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
110.	CARBOPLATIN	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ
111.	CARBOPLATIN	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
112.	CARBOPLATIN	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
113.	CARBOPLATIN	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
114.	CARBOPLATIN	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
115.	CARBOPLATIN	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
116.	CARBOPLATIN	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
117.	CARBOPLATIN	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
118.	CARBOPLATIN	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
119.	CARBOPLATIN	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
120.	CARBOPLATIN	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
121.	CARBOPLATIN	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
122.	CARBOPLATIN	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
123.	CARBOPLATIN	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/

Załącznik C.8.

CHLORAMBUCILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CHLORAMBUCILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
2	CHLORAMBUCILUM	C81	CHOROBA HODGKINA
3	CHLORAMBUCILUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
4	CHLORAMBUCILUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
5	CHLORAMBUCILUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
6	CHLORAMBUCILUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
7	CHLORAMBUCILUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
8	CHLORAMBUCILUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
9	CHLORAMBUCILUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
10	CHLORAMBUCILUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
11	CHLORAMBUCILUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
12	CHLORAMBUCILUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
13	CHLORAMBUCILUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
14	CHLORAMBUCILUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
15	CHLORAMBUCILUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
16	CHLORAMBUCILUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
17	CHLORAMBUCILUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE)
18	CHLORAMBUCILUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	CHLORAMBUCILUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
20	CHLORAMBUCILUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	CHLORAMBUCILUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
22	CHLORAMBUCILUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
23	CHLORAMBUCILUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
24	CHLORAMBUCILUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
25	CHLORAMBUCILUM	C83.9	ROZLANEY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26	CHLORAMBUCILUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
27	CHLORAMBUCILUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
28	CHLORAMBUCILUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
29	CHLORAMBUCILUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
30	CHLORAMBUCILUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
31	CHLORAMBUCILUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
32	CHLORAMBUCILUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
33	CHLORAMBUCILUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
34	CHLORAMBUCILUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
35	CHLORAMBUCILUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	CHLORAMBUCILUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	CHLORAMBUCILUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	CHLORAMBUCILUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	CHLORAMBUCILUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	CHLORAMBUCILUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	CHLORAMBUCILUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	CHLORAMBUCILUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CHLORAMBUCILUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	CHLORAMBUCILUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	CHLORAMBUCILUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	CHLORAMBUCILUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	CHLORAMBUCILUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.10.

CICLOSPORINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CICLOSPORINUM	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	CICLOSPORINUM	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	CICLOSPORINUM	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	CICLOSPORINUM	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOWANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	CICLOSPORINUM	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	CICLOSPORINUM	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	CICLOSPORINUM	D61.9	NIEOKREŚLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	CICLOSPORINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKOWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
9	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
10	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
11	CICLOSPORINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
12	CICLOSPORINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
13	CICLOSPORINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
14	CICLOSPORINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
15	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
16	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.11.

CISPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CISPLATINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CISPLATINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CISPLATINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CISPLATINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CISPLATINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CISPLATINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CISPLATINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CISPLATINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CISPLATINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CISPLATINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CISPLATINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CISPLATINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CISPLATINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CISPLATINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CISPLATINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CISPLATINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CISPLATINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CISPLATINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CISPLATINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	CISPLATINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CISPLATINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CISPLATINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CISPLATINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CISPLATINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	CISPLATINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	CISPLATINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	CISPLATINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	CISPLATINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	CISPLATINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	CISPLATINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	CISPLATINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	CISPLATINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	CISPLATINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	CISPLATINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	CISPLATINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	CISPLATINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	CISPLATINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	CISPLATINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	CISPLATINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	CISPLATINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	CISPLATINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CISPLATINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	CISPLATINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CISPLATINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	CISPLATINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CISPLATINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CISPLATINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CISPLATINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CISPLATINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CISPLATINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CISPLATINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CISPLATINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CISPLATINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CISPLATINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CISPLATINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CISPLATINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CISPLATINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CISPLATINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CISPLATINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CISPLATINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CISPLATINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CISPLATINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CISPLATINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CISPLATINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CISPLATINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CISPLATINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	CISPLATINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CISPLATINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CISPLATINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	CISPLATINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CISPLATINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	CISPLATINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	CISPLATINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CISPLATINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	CISPLATINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	CISPLATINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	CISPLATINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	CISPLATINUM	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
79	CISPLATINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80	CISPLATINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81	CISPLATINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82	CISPLATINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83	CISPLATINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84	CISPLATINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85	CISPLATINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86	CISPLATINUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
87	CISPLATINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	CISPLATINUM	C16.0	WPUST
89	CISPLATINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90	CISPLATINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	CISPLATINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	CISPLATINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	CISPLATINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
94	CISPLATINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	CISPLATINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	CISPLATINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	CISPLATINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	CISPLATINUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	CISPLATINUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	CISPLATINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	CISPLATINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	CISPLATINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	CISPLATINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	CISPLATINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	CISPLATINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	CISPLATINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	CISPLATINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	CISPLATINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	CISPLATINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	CISPLATINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	CISPLATINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	CISPLATINUM	C18.7	ESICA
113	CISPLATINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114	CISPLATINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	CISPLATINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	CISPLATINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	CISPLATINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	CISPLATINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
119	CISPLATINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	CISPLATINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	CISPLATINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
122	CISPLATINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	CISPLATINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	CISPLATINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	CISPLATINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	CISPLATINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	CISPLATINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	CISPLATINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	CISPLATINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	CISPLATINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	CISPLATINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	CISPLATINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	CISPLATINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	CISPLATINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	CISPLATINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	CISPLATINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	CISPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	CISPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	CISPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	CISPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	CISPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	CISPLATINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
143	CISPLATINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	CISPLATINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	CISPLATINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	CISPLATINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	CISPLATINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	CISPLATINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	CISPLATINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	CISPLATINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	CISPLATINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	CISPLATINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	CISPLATINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	CISPLATINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	CISPLATINUM	C31.1	KOMÓRKI SIOWE
156	CISPLATINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	CISPLATINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	CISPLATINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	CISPLATINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	CISPLATINUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
161	CISPLATINUM	C32.0	GŁOŚNIA
162	CISPLATINUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	CISPLATINUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	CISPLATINUM	C32.3	CHRYSTKI KRTANI
165	CISPLATINUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	CISPLATINUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	CISPLATINUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
168	CISPLATINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
169	CISPLATINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
170	CISPLATINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
171	CISPLATINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
172	CISPLATINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
173	CISPLATINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
174	CISPLATINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
175	CISPLATINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	CISPLATINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
177	CISPLATINUM	C38.0	SERCE
178	CISPLATINUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
179	CISPLATINUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
180	CISPLATINUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
181	CISPLATINUM	C38.4	OPLUCNA
182	CISPLATINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
183	CISPLATINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
184	CISPLATINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
185	CISPLATINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
186	CISPLATINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	CISPLATINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKISTAWOWEJ KOŃCZYN
188	CISPLATINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
189	CISPLATINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
190	CISPLATINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
191	CISPLATINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
192	CISPLATINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
193	CISPLATINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
194	CISPLATINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
195	CISPLATINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
196	CISPLATINUM	C41.1	ŻUCHWA
197	CISPLATINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
198	CISPLATINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
199	CISPLATINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
200	CISPLATINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
201	CISPLATINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
202	CISPLATINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
203	CISPLATINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
204	CISPLATINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
205	CISPLATINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
206	CISPLATINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
207	CISPLATINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
208	CISPLATINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
209	CISPLATINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
210	CISPLATINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
211	CISPLATINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
212	CISPLATINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
213	CISPLATINUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
214	CISPLATINUM	C44.0	SKÓRA WARGI
215	CISPLATINUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
216	CISPLATINUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
217	CISPLATINUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
218	CISPLATINUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
219	CISPLATINUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
220	CISPLATINUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
221	CISPLATINUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
222	CISPLATINUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	CISPLATINUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	CISPLATINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	CISPLATINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
226	CISPLATINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
227	CISPLATINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
228	CISPLATINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
229	CISPLATINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
230	CISPLATINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
231	CISPLATINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
232	CISPLATINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
233	CISPLATINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
234	CISPLATINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
235	CISPLATINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
236	CISPLATINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
237	CISPLATINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
238	CISPLATINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
239	CISPLATINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
240	CISPLATINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
241	CISPLATINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
242	CISPLATINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
243	CISPLATINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
244	CISPLATINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
245	CISPLATINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	CISPLATINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	CISPLATINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	CISPLATINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	CISPLATINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	CISPLATINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	CISPLATINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	CISPLATINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	CISPLATINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
254	CISPLATINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	CISPLATINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
256	CISPLATINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
257	CISPLATINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
258	CISPLATINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
259	CISPLATINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
260	CISPLATINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
261	CISPLATINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
262	CISPLATINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
263	CISPLATINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	CISPLATINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	CISPLATINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	CISPLATINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	CISPLATINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	CISPLATINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
269	CISPLATINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	CISPLATINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	CISPLATINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	CISPLATINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
273	CISPLATINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
274	CISPLATINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
275	CISPLATINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
276	CISPLATINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
277	CISPLATINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	CISPLATINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	CISPLATINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	CISPLATINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
281	CISPLATINUM	C54.3	DNO MACICY
282	CISPLATINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
283	CISPLATINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
284	CISPLATINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	CISPLATINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	CISPLATINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	CISPLATINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	CISPLATINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	CISPLATINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁĘ MACICY
290	CISPLATINUM	C57.3	PRZYMAGICZA
291	CISPLATINUM	C57.4	PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE
292	CISPLATINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
293	CISPLATINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294	CISPLATINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295	CISPLATINUM	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	CISPLATINUM	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
297	CISPLATINUM	C60.0	NAPLETEK
298	CISPLATINUM	C60.1	ŻOŁĄDŻ PRĄCIA
299	CISPLATINUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
300	CISPLATINUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
301	CISPLATINUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
302	CISPLATINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	CISPLATINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	CISPLATINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	CISPLATINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	CISPLATINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	CISPLATINUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
308	CISPLATINUM	C63.0	NAJĄDRZE
309	CISPLATINUM	C63.1	POWRÓZEKNASIENNY
310	CISPLATINUM	C63.2	MOSZNA
311	CISPLATINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
312	CISPLATINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
313	CISPLATINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
314	CISPLATINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	CISPLATINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	CISPLATINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	CISPLATINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
318	CISPLATINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
319	CISPLATINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
320	CISPLATINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
321	CISPLATINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
322	CISPLATINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
323	CISPLATINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
324	CISPLATINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
325	CISPLATINUM	C67.7	MOCZOWNIK
326	CISPLATINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
327	CISPLATINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
328	CISPLATINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
329	CISPLATINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
330	CISPLATINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
331	CISPLATINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
332	CISPLATINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
333	CISPLATINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
334	CISPLATINUM	C69.0	SPOJÓWKA
335	CISPLATINUM	C69.1	ROGÓWKA
336	CISPLATINUM	C69.2	SIATKÓWKA
337	CISPLATINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
338	CISPLATINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
339	CISPLATINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
340	CISPLATINUM	C69.6	OCZODÓŁ
341	CISPLATINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
342	CISPLATINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
343	CISPLATINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
344	CISPLATINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
345	CISPLATINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
346	CISPLATINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
347	CISPLATINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
348	CISPLATINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
349	CISPLATINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
350	CISPLATINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
351	CISPLATINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
352	CISPLATINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
353	CISPLATINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
354	CISPLATINUM	C71.6	MÓZDŻEK
355	CISPLATINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
356	CISPLATINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
357	CISPLATINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
358	CISPLATINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
359	CISPLATINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
360	CISPLATINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
361	CISPLATINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
362	CISPLATINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
363	CISPLATINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
364	CISPLATINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
365	CISPLATINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
366	CISPLATINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
367	CISPLATINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
368	CISPLATINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
369	CISPLATINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
370	CISPLATINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
371	CISPLATINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
372	CISPLATINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
373	CISPLATINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
374	CISPLATINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
375	CISPLATINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
376	CISPLATINUM	C75.3	SZYSZYŃKA
377	CISPLATINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
378	CISPLATINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
379	CISPLATINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
380	CISPLATINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
381	CISPLATINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
382	CISPLATINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
383	CISPLATINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
384	CISPLATINUM	C76.2	BRZUCH
385	CISPLATINUM	C76.3	MIEDNICA
386	CISPLATINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
387	CISPLATINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
388	CISPLATINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	CISPLATINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	CISPLATINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	CISPLATINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	CISPLATINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	CISPLATINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	CISPLATINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	CISPLATINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	CISPLATINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	CISPLATINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	CISPLATINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	CISPLATINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
400	CISPLATINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
401	CISPLATINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
402	CISPLATINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
403	CISPLATINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
404	CISPLATINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
405	CISPLATINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
406	CISPLATINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
407	CISPLATINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
408	CISPLATINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
409	CISPLATINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
410	CISPLATINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
411	CISPLATINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
412	CISPLATINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
413	CISPLATINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
414	CISPLATINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
415	CISPLATINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
416	CISPLATINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
417	CISPLATINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
418	CISPLATINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
419	CISPLATINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
420	CISPLATINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
421	CISPLATINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
422	CISPLATINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
423	CISPLATINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
424	CISPLATINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
425	CISPLATINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
426	CISPLATINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
427	CISPLATINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
428	CISPLATINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
429	CISPLATINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
430	CISPLATINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
431	CISPLATINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
432	CISPLATINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
433	CISPLATINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
434	CISPLATINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
435	CISPLATINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	CISPLATINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	CISPLATINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	CISPLATINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	CISPLATINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	CISPLATINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	CISPLATINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
442	CISPLATINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
443	CISPLATINUM	C83.9	ROZLANEY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
444	CISPLATINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
445	CISPLATINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
446	CISPLATINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
447	CISPLATINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
448	CISPLATINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
449	CISPLATINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
450	CISPLATINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
451	CISPLATINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
452	CISPLATINUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
453	CISPLATINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
454	CISPLATINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
455	CISPLATINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
456	CISPLATINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
457	CISPLATINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
458	CISPLATINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
459	CISPLATINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
460	CISPLATINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
461	CISPLATINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
462	CISPLATINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
463	CISPLATINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
464	CISPLATINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
465	CISPLATINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
466	CISPLATINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
467	CISPLATINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
468	CISPLATINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
469	CISPLATINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
470	CISPLATINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
471	CISPLATINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
472	CISPLATINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
473	CISPLATINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
474	CISPLATINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
475	CISPLATINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
476	CISPLATINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
477	CISPLATINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
478	CISPLATINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
479	CISPLATINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
480	CISPLATINUM	C92.3	MIEŚAK SZPIKOWY
481	CISPLATINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
482	CISPLATINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
483	CISPLATINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
484	CISPLATINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
485	CISPLATINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
486	CISPLATINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
487	CISPLATINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
488	CISPLATINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
489	CISPLATINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
490	CISPLATINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
491	CISPLATINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
492	CISPLATINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
493	CISPLATINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
494	CISPLATINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
495	CISPLATINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
496	CISPLATINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
497	CISPLATINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
498	CISPLATINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
499	CISPLATINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
500	CISPLATINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
501	CISPLATINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
502	CISPLATINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
503	CISPLATINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
504	CISPLATINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
505	CISPLATINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
506	CISPLATINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
507	CISPLATINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
508	CISPLATINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
509	CISPLATINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
510	CISPLATINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
511	CISPLATINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
512	CISPLATINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
513	CISPLATINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
514	CISPLATINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
515	CISPLATINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
516	CISPLATINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
517	CISPLATINUM	D01.2	ODBYTNICA
518	CISPLATINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
519	CISPLATINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
520	CISPLATINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
521	CISPLATINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
522	CISPLATINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
523	CISPLATINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
524	CISPLATINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
525	CISPLATINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
526	CISPLATINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
527	CISPLATINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
528	CISPLATINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
529	CISPLATINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
530	CISPLATINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
531	CISPLATINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	CISPLATINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
533	CISPLATINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
534	CISPLATINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
535	CISPLATINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
536	CISPLATINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
537	CISPLATINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
538	CISPLATINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
539	CISPLATINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
540	CISPLATINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
541	CISPLATINUM	D07.1	SROM
542	CISPLATINUM	D07.2	POCHWA
543	CISPLATINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
544	CISPLATINUM	D07.4	PRĄCIE
545	CISPLATINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
546	CISPLATINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
547	CISPLATINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
548	CISPLATINUM	D09.0	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	PRZĘLYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	CISPLATINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	CISPLATINUM	D13.2	DWUNASTNICA
583	CISPLATINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	CISPLATINUM	D13.4	WĄTROBA
585	CISPLATINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	CISPLATINUM	D13.6	TRZUSTKA
587	CISPLATINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	CISPLATINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
589	CISPLATINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
590	CISPLATINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
591	CISPLATINUM	D14.1	KRTAŃ
592	CISPLATINUM	D14.2	TCHAWICA
593	CISPLATINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
594	CISPLATINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
595	CISPLATINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
596	CISPLATINUM	D15.0	GRASICA
597	CISPLATINUM	D15.1	SERCE
598	CISPLATINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
599	CISPLATINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
600	CISPLATINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
601	CISPLATINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
602	CISPLATINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	CISPLATINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	CISPLATINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
605	CISPLATINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
606	CISPLATINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
607	CISPLATINUM	D16.5	ŻUCHWA
608	CISPLATINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
609	CISPLATINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
610	CISPLATINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
611	CISPLATINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
612	CISPLATINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
613	CISPLATINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
614	CISPLATINUM	D20.1	OTRZEWNA
615	CISPLATINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
616	CISPLATINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
617	CISPLATINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
618	CISPLATINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
619	CISPLATINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
620	CISPLATINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
621	CISPLATINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
622	CISPLATINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
623	CISPLATINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
624	CISPLATINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
625	CISPLATINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
626	CISPLATINUM	D28.0	SROM
627	CISPLATINUM	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
628	CISPLATINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
629	CISPLATINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
630	CISPLATINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
631	CISPLATINUM	D29	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	CISPLATINUM	D29.0	PRĄCIE
633	CISPLATINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
634	CISPLATINUM	D29.2	JĄDRO
635	CISPLATINUM	D29.3	NAJĄDRZE
636	CISPLATINUM	D29.4	MOSZNA
637	CISPLATINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
638	CISPLATINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
639	CISPLATINUM	D30	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	CISPLATINUM	D30.0	NERKA
641	CISPLATINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	CISPLATINUM	D30.2	MOCZOWÓD
643	CISPLATINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
644	CISPLATINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	CISPLATINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	CISPLATINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	CISPLATINUM	D31	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR OKA
648	CISPLATINUM	D31.0	SPOJÓWKA
649	CISPLATINUM	D31.1	ROGÓWKA
650	CISPLATINUM	D31.2	SIATKÓWKA
651	CISPLATINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
652	CISPLATINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
653	CISPLATINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
654	CISPLATINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
655	CISPLATINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
656	CISPLATINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
657	CISPLATINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
658	CISPLATINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
659	CISPLATINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
660	CISPLATINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
661	CISPLATINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
662	CISPLATINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
663	CISPLATINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
664	CISPLATINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
665	CISPLATINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
666	CISPLATINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
667	CISPLATINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
668	CISPLATINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
669	CISPLATINUM	D35.0	NADNERCZA
670	CISPLATINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
671	CISPLATINUM	D35.2	PRZYSADKA
672	CISPLATINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
673	CISPLATINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
674	CISPLATINUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
675	CISPLATINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
676	CISPLATINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
677	CISPLATINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREГУ GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
678	CISPLATINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
679	CISPLATINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
680	CISPLATINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
681	CISPLATINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
682	CISPLATINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
683	CISPLATINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
684	CISPLATINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
685	CISPLATINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
686	CISPLATINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
687	CISPLATINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
688	CISPLATINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
689	CISPLATINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
690	CISPLATINUM	D37.5	ODBYTNICA
691	CISPLATINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
692	CISPLATINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
693	CISPLATINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
694	CISPLATINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ
695	CISPLATINUM	D38.0	KRTAŃ
696	CISPLATINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
697	CISPLATINUM	D38.2	OPŁUCNA
698	CISPLATINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
699	CISPLATINUM	D38.4	GRASICA
700	CISPLATINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
701	CISPLATINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
702	CISPLATINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
703	CISPLATINUM	D39.0	MACICA
704	CISPLATINUM	D39.1	JAJNIK
705	CISPLATINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
706	CISPLATINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
707	CISPLATINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
708	CISPLATINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
709	CISPLATINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
710	CISPLATINUM	D40.1	JĄDRO
711	CISPLATINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
712	CISPLATINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
713	CISPLATINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
714	CISPLATINUM	D41.0	NERKA
715	CISPLATINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
716	CISPLATINUM	D41.2	MOCZOWÓD
717	CISPLATINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
718	CISPLATINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
719	CISPLATINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	CISPLATINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	CISPLATINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
722	CISPLATINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
723	CISPLATINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
724	CISPLATINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
725	CISPLATINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
726	CISPLATINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
727	CISPLATINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
728	CISPLATINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
729	CISPLATINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
730	CISPLATINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
731	CISPLATINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
732	CISPLATINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
733	CISPLATINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
734	CISPLATINUM	D44.0	TARCZYCA
735	CISPLATINUM	D44.1	NADNERCZA
736	CISPLATINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
737	CISPLATINUM	D44.3	PRZYSADKA
738	CISPLATINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
739	CISPLATINUM	D44.5	SZYSZYŃKA
740	CISPLATINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
741	CISPLATINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
742	CISPLATINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
743	CISPLATINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
744	CISPLATINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
745	CISPLATINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	CISPLATINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
747	CISPLATINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
748	CISPLATINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
749	CISPLATINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
750	CISPLATINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
751	CISPLATINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ AOTRZEWNOWA
752	CISPLATINUM	D48.4	OTRZEWNA
753	CISPLATINUM	D48.5	SKÓRA
754	CISPLATINUM	D48.6	SUTEK
755	CISPLATINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
756	CISPLATINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
757	CISPLATINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANS A NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
758	CISPLATINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
759	CISPLATINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
760	CISPLATINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTĄĆ NIE-NEUROPATYCZNA
761	CISPLATINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTĄĆ NEUROPATYCZNA
762	CISPLATINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
763	CISPLATINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
764	CISPLATINUM	E85.4	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY 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 SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
2	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANS A NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
3	CLADRIBINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
4	CLADRIBINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
5	CLADRIBINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
6	CLADRIBINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
7	CLADRIBINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
8	CLADRIBINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
9	CLADRIBINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
10	CLADRIBINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
11	CLADRIBINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
12	CLADRIBINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
13	CLADRIBINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
14	CLADRIBINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE)
15	CLADRIBINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
16	CLADRIBINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANE)
17	CLADRIBINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANE)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18	CLADRIBINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
19	CLADRIBINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
20	CLADRIBINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
21	CLADRIBINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
22	CLADRIBINUM	C83.9	ROZLANEY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23	CLADRIBINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	CLADRIBINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
25	CLADRIBINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
26	CLADRIBINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
27	CLADRIBINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
28	CLADRIBINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
29	CLADRIBINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
30	CLADRIBINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
31	CLADRIBINUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
32	CLADRIBINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
33	CLADRIBINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
34	CLADRIBINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
35	CLADRIBINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36	CLADRIBINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
37	CLADRIBINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
38	CLADRIBINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
39	CLADRIBINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELIT CIENKIEGO
40	CLADRIBINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
41	CLADRIBINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	CLADRIBINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
43	CLADRIBINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
44	CLADRIBINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
45	CLADRIBINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
46	CLADRIBINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
47	CLADRIBINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
48	CLADRIBINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
49	CLADRIBINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
50	CLADRIBINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
51	CLADRIBINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
52	CLADRIBINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
53	CLADRIBINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	CLADRIBINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	CLADRIBINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
56	CLADRIBINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
57	CLADRIBINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
58	CLADRIBINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
59	CLADRIBINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
60	CLADRIBINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
61	CLADRIBINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
62	CLADRIBINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	CLADRIBINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	CLADRIBINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	CLADRIBINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	CLADRIBINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
67	CLADRIBINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
68	CLADRIBINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
69	CLADRIBINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
70	CLADRIBINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
71	CLADRIBINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIŁA
72	CLADRIBINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
73	CLADRIBINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
74	CLADRIBINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
75	CLADRIBINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
76	CLADRIBINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	CLADRIBINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	CLADRIBINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	CLADRIBINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
80	CLADRIBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81	CLADRIBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIŁEGO
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 INDEJ

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 DZIAŚŁA
21	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, 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 SKRZEŁOWA
58	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.0	WPUST
80	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.7	ESICA
104	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	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 WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA 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 KŁATKI PIERSIOWEJ
168	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI 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 DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁGIE 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 PRZEKRACZAJĄCE 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 KŁATKI PIERSIOWEJ
213	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
214	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
215	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TŁOŹOWIA, 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 KŁATKI 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	MIEŚNIÓWKA MACICY
259	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
260	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
261	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
262	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C55	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	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
267	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
268	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.3	PRZYMATICZA
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	ŻOŁĄDŻ 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	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
304	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
305	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
306	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
307	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
308	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
309	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
310	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
311	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
312	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
313	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
314	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
315	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
316	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
317	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
318	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
319	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
320	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
321	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
322	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
323	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
324	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
326	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
327	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
328	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
329	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
330	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
331	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
332	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
333	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
337	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
338	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
339	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
340	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
341	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
342	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
343	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
344	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
345	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
346	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
347	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
349	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
350	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
351	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
352	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
353	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
354	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
355	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
356	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
357	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
358	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
359	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
360	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
361	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
362	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.2	BRZUCH
363	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
364	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
365	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
366	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
367	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
368	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
369	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
370	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
372	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
373	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
374	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
375	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
376	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
377	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
378	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
379	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
380	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
381	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
382	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
383	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
384	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
385	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
386	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
387	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
388	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
389	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
390	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
391	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
392	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
394	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
395	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
396	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
397	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
398	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
399	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
400	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
401	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
402	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
403	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
404	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
405	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
406	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
407	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
408	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
409	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
410	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
411	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
412	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
414	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
415	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
417	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
418	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
419	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
420	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
421	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
422	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
423	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
424	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
425	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
426	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
427	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
428	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
429	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
430	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
431	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
432	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
433	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
434	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
435	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
436	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
437	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
438	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELIT 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 PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
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	MIEŚAK SZPIKOWY
459	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
460	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
461	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
462	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
463	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
466	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
469	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
470	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
471	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
472	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
473	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
474	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
475	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
476	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
477	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
480	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
483	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
484	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
485	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
486	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
488	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
489	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
490	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
491	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
492	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
493	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
494	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
495	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
496	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
497	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
498	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
499	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
500	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
501	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
502	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
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	SRÓD
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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.0	PRZEŁYK
558	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
559	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
560	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
561	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
562	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
563	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
564	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
565	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
566	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
567	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
568	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
569	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
570	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
571	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
572	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
573	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.0	GRASICA
574	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.1	SERCE
575	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
576	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
577	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
578	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
579	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
581	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
582	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
583	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
584	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
585	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
586	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
587	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
588	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
589	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.0	NACZYNIANKA KRWIONOŚNA JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.1	NACZYNIANKA CHŁONNA 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	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.0	NERKA
626	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
627	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
628	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
629	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
630	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
631	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
632	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
633	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.0	SPOJÓWKA
634	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.1	ROGÓWKA
635	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.2	SIATKÓWKA
636	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
637	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
638	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
639	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
640	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
641	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
642	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
643	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
644	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
645	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
646	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
647	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
648	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
649	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
650	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
651	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
652	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
653	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
654	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.0	NADNERCZA
656	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
657	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
658	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
659	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.4	SZYSZYŃKA
660	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
661	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
662	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
664	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
665	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
666	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
667	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
668	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
669	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
670	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
671	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
673	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
674	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
675	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
676	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
677	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, 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 KŁATKI PIERSIOWEJ
681	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
682	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
683	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.2	OPŁUCNA
684	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
685	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.4	GRASICA
686	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
687	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
688	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
689	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.0	MACICA
690	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.1	JAJNIK
691	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
692	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
693	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
694	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
696	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D40.1	JĄDRO
697	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
698	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
699	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
700	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.0	NERKA
701	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
702	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
703	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
704	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
705	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
706	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
707	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
708	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
709	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
710	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
711	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
712	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
713	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
714	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
715	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
716	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
717	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
718	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
719	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
720	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.0	TARCZYCA
721	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.1	NADNERCZA
722	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
723	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.3	PRZYSADKA
724	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
725	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.5	SZYSZYŃKA
726	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
727	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
728	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
729	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
730	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIEŁODYPLASTYCZNE
731	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
732	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
733	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
734	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
735	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
736	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYPLASTYCZNE
737	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
738	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
739	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
740	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
741	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
742	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
743	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
744	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
745	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
746	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.4	OTRZEWNA
747	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.5	SKÓRA
748	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.6	SUTEK
749	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
750	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
751	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
752	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
753	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
754	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
759	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY 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	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
13	CYTARABINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
14	CYTARABINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
15	CYTARABINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
16	CYTARABINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
17	CYTARABINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
18	CYTARABINUM	C71.6	MÓŻDŻEK
19	CYTARABINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
20	CYTARABINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CYTARABINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
22	CYTARABINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
23	CYTARABINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
24	CYTARABINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
25	CYTARABINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
26	CYTARABINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
27	CYTARABINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
28	CYTARABINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
29	CYTARABINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
30	CYTARABINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
31	CYTARABINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
32	CYTARABINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
33	CYTARABINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
34	CYTARABINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
35	CYTARABINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
36	CYTARABINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
37	CYTARABINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
38	CYTARABINUM	C76.2	BRZUCH
39	CYTARABINUM	C76.3	MIEDNICA
40	CYTARABINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
41	CYTARABINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
42	CYTARABINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	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) BURKITT
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	MIEŚAK SZPIKOWY
105	CYTARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
106	CYTARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
107	CYTARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
108	CYTARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
109	CYTARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
110	CYTARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
111	CYTARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
112	CYTARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	CYTARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
114	CYTARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
115	CYTARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
116	CYTARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
117	CYTARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
118	CYTARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
119	CYTARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
120	CYTARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
121	CYTARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
122	CYTARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
123	CYTARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
124	CYTARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
125	CYTARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
126	CYTARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
127	CYTARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
128	CYTARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
129	CYTARABINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
130	CYTARABINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
131	CYTARABINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
132	CYTARABINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
133	CYTARABINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
134	CYTARABINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
135	CYTARABINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
136	CYTARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
137	CYTARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
138	CYTARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
139	CYTARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
140	CYTARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
141	CYTARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
142	CYTARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
143	CYTARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
144	CYTARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
145	CYTARABINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDEJ
146	CYTARABINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
147	CYTARABINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
148	CYTARABINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
149	CYTARABINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
150	CYTARABINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
151	CYTARABINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
152	CYTARABINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
153	CYTARABINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
154	CYTARABINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.16.

DACARBAZINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DACARBAZINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DACARBAZINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DACARBAZINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DACARBAZINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DACARBAZINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DACARBAZINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DACARBAZINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DACARBAZINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DACARBAZINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DACARBAZINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DACARBAZINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DACARBAZINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DACARBAZINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DACARBAZINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DACARBAZINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DACARBAZINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DACARBAZINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DACARBAZINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DACARBAZINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	DAC ARBAZINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DAC ARBAZINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	DAC ARBAZINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DAC ARBAZINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DAC ARBAZINUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DAC ARBAZINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DAC ARBAZINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DAC ARBAZINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DAC ARBAZINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DAC ARBAZINUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DAC ARBAZINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DAC ARBAZINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DAC ARBAZINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DAC ARBAZINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DAC ARBAZINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DAC ARBAZINUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DAC ARBAZINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DAC ARBAZINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DAC ARBAZINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DAC ARBAZINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DAC ARBAZINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DAC ARBAZINUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DAC ARBAZINUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	DAC ARBAZINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DAC ARBAZINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DAC ARBAZINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DAC ARBAZINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DAC ARBAZINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	DAC ARBAZINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DAC ARBAZINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DAC ARBAZINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DAC ARBAZINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	DAC ARBAZINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DAC ARBAZINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DAC ARBAZINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DAC ARBAZINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DAC ARBAZINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DAC ARBAZINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DAC ARBAZINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DAC ARBAZINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DAC ARBAZINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DAC ARBAZINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DAC ARBAZINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DAC ARBAZINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DAC ARBAZINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DAC ARBAZINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DAC ARBAZINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	DACARBAZINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DACARBAZINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	DACARBAZINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	DACARBAZINUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	DACARBAZINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	DACARBAZINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	DACARBAZINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	DACARBAZINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DACARBAZINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DACARBAZINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DACARBAZINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DACARBAZINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DACARBAZINUM	C16.0	WPUST
80	DACARBAZINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DACARBAZINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DACARBAZINUM	C16.3	UJŚCIE ODŻWIERNIKA
83	DACARBAZINUM	C16.4	ODŻWIERNIK
84	DACARBAZINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DACARBAZINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DACARBAZINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DACARBAZINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DACARBAZINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	DACARBAZINUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	DACARBAZINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	DACARBAZINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	DACARBAZINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	DACARBAZINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	DACARBAZINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	DACARBAZINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	DACARBAZINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	DACARBAZINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	DACARBAZINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	DACARBAZINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	DACARBAZINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	DACARBAZINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	DACARBAZINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	DACARBAZINUM	C18.7	ESICA
104	DACARBAZINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	DACARBAZINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	DACARBAZINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	DACARBAZINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	DACARBAZINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	DACARBAZINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	DACARBAZINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	DACARBAZINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	DACARBAZINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	DACARBAZINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	DAC ARBAZINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	DAC ARBAZINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	DAC ARBAZINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	DAC ARBAZINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	DAC ARBAZINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	DAC ARBAZINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	DAC ARBAZINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	DAC ARBAZINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	DAC ARBAZINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	DAC ARBAZINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	DAC ARBAZINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	DAC ARBAZINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	DAC ARBAZINUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	DAC ARBAZINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	DAC ARBAZINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	DAC ARBAZINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	DAC ARBAZINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	DAC ARBAZINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	DAC ARBAZINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	DAC ARBAZINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	DAC ARBAZINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	DAC ARBAZINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	DAC ARBAZINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	DAC ARBAZINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	DAC ARBAZINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	DAC ARBAZINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	DAC ARBAZINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	DAC ARBAZINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	DAC ARBAZINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	DAC ARBAZINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	DAC ARBAZINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	DAC ARBAZINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	DAC ARBAZINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	DAC ARBAZINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	DAC ARBAZINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	DAC ARBAZINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	DAC ARBAZINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	DAC ARBAZINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
152	DAC ARBAZINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
153	DAC ARBAZINUM	C38.0	SERCE
154	DAC ARBAZINUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
155	DAC ARBAZINUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
156	DAC ARBAZINUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
157	DAC ARBAZINUM	C38.4	OPŁUCNA
158	DAC ARBAZINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
159	DAC ARBAZINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
160	DAC ARBAZINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	DACARBAZINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE 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	DAC ARBAZINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
184	DAC ARBAZINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
185	DAC ARBAZINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
186	DAC ARBAZINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
187	DAC ARBAZINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
188	DAC ARBAZINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
189	DAC ARBAZINUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
190	DAC ARBAZINUM	C44.0	SKÓRA WARGI
191	DAC ARBAZINUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192	DAC ARBAZINUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193	DAC ARBAZINUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194	DAC ARBAZINUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
195	DAC ARBAZINUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
196	DAC ARBAZINUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197	DAC ARBAZINUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
198	DAC ARBAZINUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
199	DAC ARBAZINUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200	DAC ARBAZINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
201	DAC ARBAZINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
202	DAC ARBAZINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
203	DAC ARBAZINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
204	DAC ARBAZINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
205	DAC ARBAZINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	DAC ARBAZINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
207	DAC ARBAZINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
208	DAC ARBAZINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	DAC ARBAZINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
210	DAC ARBAZINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
211	DAC ARBAZINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
212	DAC ARBAZINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
213	DAC ARBAZINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
214	DAC ARBAZINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
215	DAC ARBAZINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
216	DAC ARBAZINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
217	DAC ARBAZINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
218	DAC ARBAZINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
219	DAC ARBAZINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
220	DAC ARBAZINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
221	DAC ARBAZINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
222	DAC ARBAZINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
223	DAC ARBAZINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
224	DAC ARBAZINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
225	DAC ARBAZINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
226	DAC ARBAZINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
227	DAC ARBAZINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	DAC ARBAZINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
229	DAC ARBAZINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
230	DAC ARBAZINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
231	DAC ARBAZINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
232	DAC ARBAZINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
233	DAC ARBAZINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
234	DAC ARBAZINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
235	DAC ARBAZINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
236	DAC ARBAZINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
237	DAC ARBAZINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
238	DAC ARBAZINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
239	DAC ARBAZINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
240	DAC ARBAZINUM	C54.3	DNO MACICY
241	DAC ARBAZINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
242	DAC ARBAZINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
243	DAC ARBAZINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
244	DAC ARBAZINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
245	DAC ARBAZINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
246	DAC ARBAZINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
247	DAC ARBAZINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
248	DAC ARBAZINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
249	DAC ARBAZINUM	C57.3	PRZYMACICZA
250	DAC ARBAZINUM	C57.4	PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE
251	DAC ARBAZINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	DAC ARBAZINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
253	DAC ARBAZINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
254	DAC ARBAZINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	DAC ARBAZINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	DAC ARBAZINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	DAC ARBAZINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	DAC ARBAZINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	DAC ARBAZINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
260	DAC ARBAZINUM	C63.0	NAJĄDRZE
261	DAC ARBAZINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
262	DAC ARBAZINUM	C63.2	MOSZNA
263	DAC ARBAZINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
264	DAC ARBAZINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	DAC ARBAZINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
266	DAC ARBAZINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	DAC ARBAZINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	DAC ARBAZINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	DAC ARBAZINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
270	DAC ARBAZINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
271	DAC ARBAZINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
272	DAC ARBAZINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
273	DAC ARBAZINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
274	DAC ARBAZINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
275	DAC ARBAZINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	DAC ARBAZINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
277	DAC ARBAZINUM	C67.7	MOCZOWNIK
278	DAC ARBAZINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
279	DAC ARBAZINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
280	DAC ARBAZINUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
281	DAC ARBAZINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
282	DAC ARBAZINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
283	DAC ARBAZINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
284	DAC ARBAZINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
285	DAC ARBAZINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
286	DAC ARBAZINUM	C69.0	SPOJÓWKA
287	DAC ARBAZINUM	C69.1	ROGÓWKA
288	DAC ARBAZINUM	C69.2	SIATKÓWKA
289	DAC ARBAZINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
290	DAC ARBAZINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
291	DAC ARBAZINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
292	DAC ARBAZINUM	C69.6	OCZODÓŁ
293	DAC ARBAZINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
294	DAC ARBAZINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
295	DAC ARBAZINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	DAC ARBAZINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	DAC ARBAZINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	DAC ARBAZINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	DAC ARBAZINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	DACARBAZINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
301	DACARBAZINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
302	DACARBAZINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
303	DACARBAZINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
304	DACARBAZINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
305	DACARBAZINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
306	DACARBAZINUM	C71.6	MÓZDŻEK
307	DACARBAZINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	DACARBAZINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	DACARBAZINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	DACARBAZINUM	C72	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	DAC ARBAZINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
324	DAC ARBAZINUM	C75	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
325	DAC ARBAZINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
326	DAC ARBAZINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
327	DAC ARBAZINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
328	DAC ARBAZINUM	C75.3	SZYSZYŃKA
329	DAC ARBAZINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
330	DAC ARBAZINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
331	DAC ARBAZINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	DAC ARBAZINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	DAC ARBAZINUM	C76	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
334	DAC ARBAZINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
335	DAC ARBAZINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
336	DAC ARBAZINUM	C76.2	BRZUCH
337	DAC ARBAZINUM	C76.3	MIEDNICA
338	DAC ARBAZINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
339	DAC ARBAZINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
340	DAC ARBAZINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
341	DAC ARBAZINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
342	DAC ARBAZINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
343	DAC ARBAZINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
344	DAC ARBAZINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
345	DAC ARBAZINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	DAC ARBAZINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
347	DAC ARBAZINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
348	DAC ARBAZINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
349	DAC ARBAZINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
350	DAC ARBAZINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
351	DAC ARBAZINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
352	DAC ARBAZINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
353	DAC ARBAZINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
354	DAC ARBAZINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
355	DAC ARBAZINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
356	DAC ARBAZINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
357	DAC ARBAZINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
358	DAC ARBAZINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
359	DAC ARBAZINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
360	DAC ARBAZINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
361	DAC ARBAZINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
362	DAC ARBAZINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
363	DAC ARBAZINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
364	DAC ARBAZINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
365	DAC ARBAZINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
366	DAC ARBAZINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
367	DAC ARBAZINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368	DAC ARBAZINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
369	DAC ARBAZINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
370	DAC ARBAZINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371	DAC ARBAZINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
372	DAC ARBAZINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
373	DAC ARBAZINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
374	DAC ARBAZINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
375	DAC ARBAZINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
376	DAC ARBAZINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
377	DAC ARBAZINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
378	DAC ARBAZINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
379	DAC ARBAZINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
380	DAC ARBAZINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
381	DAC ARBAZINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
382	DAC ARBAZINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
383	DAC ARBAZINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
384	DAC ARBAZINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
385	DAC ARBAZINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
386	DAC ARBAZINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
387	DAC ARBAZINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
388	DAC ARBAZINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
389	DAC ARBAZINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
390	DAC ARBAZINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
391	DAC ARBAZINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
392	DAC ARBAZINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
393	DAC ARBAZINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
394	DAC ARBAZINUM	C83.8	INNE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
395	DAC ARBAZINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
396	DAC ARBAZINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
397	DAC ARBAZINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
398	DAC ARBAZINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
399	DAC ARBAZINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
400	DAC ARBAZINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
401	DAC ARBAZINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
402	DAC ARBAZINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
403	DAC ARBAZINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
404	DAC ARBAZINUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
405	DAC ARBAZINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
406	DAC ARBAZINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
407	DAC ARBAZINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	DAC ARBAZINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
409	DAC ARBAZINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
410	DAC ARBAZINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
411	DAC ARBAZINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
412	DAC ARBAZINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
413	DAC ARBAZINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
414	DAC ARBAZINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	DAC ARBAZINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
416	DAC ARBAZINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
417	DAC ARBAZINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
418	DAC ARBAZINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
419	DAC ARBAZINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
420	DAC ARBAZINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
421	DAC ARBAZINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
422	DAC ARBAZINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
423	DAC ARBAZINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
424	DAC ARBAZINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
425	DAC ARBAZINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
426	DAC ARBAZINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
427	DAC ARBAZINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
428	DAC ARBAZINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
429	DAC ARBAZINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
430	DAC ARBAZINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
431	DAC ARBAZINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
432	DAC ARBAZINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
433	DAC ARBAZINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
434	DAC ARBAZINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
435	DAC ARBAZINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
436	DAC ARBAZINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
437	DAC ARBAZINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
438	DAC ARBAZINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	DAC ARBAZINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
440	DAC ARBAZINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
441	DAC ARBAZINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
442	DAC ARBAZINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
443	DAC ARBAZINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
444	DAC ARBAZINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
445	DAC ARBAZINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
446	DAC ARBAZINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
447	DAC ARBAZINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
448	DAC ARBAZINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
449	DAC ARBAZINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
450	DAC ARBAZINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
451	DAC ARBAZINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
452	DAC ARBAZINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
453	DAC ARBAZINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
454	DAC ARBAZINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
455	DAC ARBAZINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
456	DAC ARBAZINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
457	DAC ARBAZINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
458	DAC ARBAZINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
459	DAC ARBAZINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
460	DAC ARBAZINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
461	DAC ARBAZINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
462	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	DAC ARBAZINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
486	DAC ARBAZINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
487	DAC ARBAZINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
488	DAC ARBAZINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
489	DAC ARBAZINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
490	DAC ARBAZINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
491	DAC ARBAZINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
492	DAC ARBAZINUM	D07.1	SROM
493	DAC ARBAZINUM	D07.2	POCHWA
494	DAC ARBAZINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
495	DAC ARBAZINUM	D07.4	PRĄCIE
496	DAC ARBAZINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
497	DAC ARBAZINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
498	DAC ARBAZINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
499	DAC ARBAZINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
500	DAC ARBAZINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
501	DAC ARBAZINUM	D09.2	OKO
502	DAC ARBAZINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
503	DAC ARBAZINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
504	DAC ARBAZINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
505	DAC ARBAZINUM	D10	NOWOTÓRNIENIE JAMY USTNEJ I GARDŁA
506	DAC ARBAZINUM	D10.0	WARGA
507	DAC ARBAZINUM	D10.1	JĘZYK
508	DAC ARBAZINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	DACARBAZINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
510	DACARBAZINUM	D10.4	MIGDAŁEK
511	DACARBAZINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
512	DACARBAZINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
513	DACARBAZINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
514	DACARBAZINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
515	DACARBAZINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
516	DACARBAZINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
517	DACARBAZINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
518	DACARBAZINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
519	DACARBAZINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
520	DACARBAZINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
521	DACARBAZINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
522	DACARBAZINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
523	DACARBAZINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
524	DACARBAZINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
525	DACARBAZINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
526	DACARBAZINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
527	DACARBAZINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
528	DACARBAZINUM	D12.8	ODBYTNICA
529	DACARBAZINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
530	DACARBAZINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	DACARBAZINUM	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	DAC ARBAZINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	DAC ARBAZINUM	D13.2	DWUNASTNICA
534	DAC ARBAZINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	DAC ARBAZINUM	D13.4	WĄTROBA
536	DAC ARBAZINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	DAC ARBAZINUM	D13.6	TRZUSTKA
538	DAC ARBAZINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	DAC ARBAZINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
540	DAC ARBAZINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
541	DAC ARBAZINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
542	DAC ARBAZINUM	D14.1	KRTAŃ
543	DAC ARBAZINUM	D14.2	TCHAWICA
544	DAC ARBAZINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
545	DAC ARBAZINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
546	DAC ARBAZINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
547	DAC ARBAZINUM	D15.0	GRASICA
548	DAC ARBAZINUM	D15.1	SERCE
549	DAC ARBAZINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
550	DAC ARBAZINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
551	DAC ARBAZINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
552	DAC ARBAZINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
553	DAC ARBAZINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
554	DAC ARBAZINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
555	DAC ARBAZINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
556	DAC ARBAZINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
557	DAC ARBAZINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
558	DAC ARBAZINUM	D16.5	ŻUCHWA
559	DAC ARBAZINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
560	DAC ARBAZINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
561	DAC ARBAZINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
562	DAC ARBAZINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
563	DAC ARBAZINUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	DAC ARBAZINUM	D18.0	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	DAC ARBAZINUM	D18.1	NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	DAC ARBAZINUM	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	DAC ARBAZINUM	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
568	DAC ARBAZINUM	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	DAC ARBAZINUM	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	DAC ARBAZINUM	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	DAC ARBAZINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	DAC ARBAZINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	DAC ARBAZINUM	D20.1	OTRZEWNA
574	DAC ARBAZINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
575	DAC ARBAZINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
576	DAC ARBAZINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
577	DAC ARBAZINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
578	DAC ARBAZINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
579	DAC ARBAZINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
580	DAC ARBAZINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
581	DAC ARBAZINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
582	DAC ARBAZINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
583	DAC ARBAZINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
584	DAC ARBAZINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
585	DAC ARBAZINUM	D28.0	SROM
586	DAC ARBAZINUM	D28.1	POCHWA
587	DAC ARBAZINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
588	DAC ARBAZINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
589	DAC ARBAZINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
590	DAC ARBAZINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
591	DAC ARBAZINUM	D29.0	PRĄCIE
592	DAC ARBAZINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
593	DAC ARBAZINUM	D29.2	JĄDRO
594	DAC ARBAZINUM	D29.3	NAJĄDRZE
595	DAC ARBAZINUM	D29.4	MOSZNA
596	DAC ARBAZINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
597	DAC ARBAZINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
598	DAC ARBAZINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
599	DAC ARBAZINUM	D30.0	NERKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
600	DAC ARBAZINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
601	DAC ARBAZINUM	D30.2	MOCZOWÓD
602	DAC ARBAZINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
603	DAC ARBAZINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
604	DAC ARBAZINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
605	DAC ARBAZINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
606	DAC ARBAZINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
607	DAC ARBAZINUM	D31.0	SPOJÓWKA
608	DAC ARBAZINUM	D31.1	ROGÓWKA
609	DAC ARBAZINUM	D31.2	SIATKÓWKA
610	DAC ARBAZINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
611	DAC ARBAZINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
612	DAC ARBAZINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
613	DAC ARBAZINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
614	DAC ARBAZINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
615	DAC ARBAZINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
616	DAC ARBAZINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
617	DAC ARBAZINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
618	DAC ARBAZINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
619	DAC ARBAZINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
620	DAC ARBAZINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
621	DAC ARBAZINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
622	DAC ARBAZINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
623	DAC ARBAZINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
624	DAC ARBAZINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
625	DAC ARBAZINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
626	DAC ARBAZINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
627	DAC ARBAZINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
628	DAC ARBAZINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629	DAC ARBAZINUM	D35.0	NADNERCZA
630	DAC ARBAZINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
631	DAC ARBAZINUM	D35.2	PRZYSADKA
632	DAC ARBAZINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
633	DAC ARBAZINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
634	DAC ARBAZINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
635	DAC ARBAZINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
636	DAC ARBAZINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
637	DAC ARBAZINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
638	DAC ARBAZINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
639	DAC ARBAZINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
640	DAC ARBAZINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
641	DAC ARBAZINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
642	DAC ARBAZINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
643	DAC ARBAZINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
644	DAC ARBAZINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
645	DAC ARBAZINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
646	DAC ARBAZINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
647	DAC ARBAZINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
648	DAC ARBAZINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
649	DAC ARBAZINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
650	DAC ARBAZINUM	D37.5	ODBYTNICA
651	DAC ARBAZINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
652	DAC ARBAZINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
653	DAC ARBAZINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
654	DAC ARBAZINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ
655	DAC ARBAZINUM	D38.0	KRTAŃ
656	DAC ARBAZINUM	D38.1	TYCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
657	DAC ARBAZINUM	D38.2	OPŁUCNA
658	DAC ARBAZINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
659	DAC ARBAZINUM	D38.4	GRASICA
660	DAC ARBAZINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
661	DAC ARBAZINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
662	DAC ARBAZINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
663	DAC ARBAZINUM	D39.0	MACICA
664	DAC ARBAZINUM	D39.1	JAJNIK
665	DAC ARBAZINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
666	DAC ARBAZINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
667	DAC ARBAZINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
668	DAC ARBAZINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
669	DAC ARBAZINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	DAC ARBAZINUM	D40.1	JĄDRO
671	DAC ARBAZINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
672	DAC ARBAZINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
673	DAC ARBAZINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
674	DAC ARBAZINUM	D41.0	NERKA
675	DAC ARBAZINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
676	DAC ARBAZINUM	D41.2	MOCZOWÓD
677	DAC ARBAZINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
678	DAC ARBAZINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
679	DAC ARBAZINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
680	DAC ARBAZINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
681	DAC ARBAZINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
682	DAC ARBAZINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
683	DAC ARBAZINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
684	DAC ARBAZINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
685	DAC ARBAZINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
686	DAC ARBAZINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
687	DAC ARBAZINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
688	DAC ARBAZINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
689	DAC ARBAZINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
690	DAC ARBAZINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
691	DAC ARBAZINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
692	DAC ARBAZINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
693	DAC ARBAZINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
694	DAC ARBAZINUM	D44.0	TARCZYCA
695	DAC ARBAZINUM	D44.1	NADNERCZA
696	DAC ARBAZINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
697	DAC ARBAZINUM	D44.3	PRZYSADKA
698	DAC ARBAZINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
699	DAC ARBAZINUM	D44.5	SZYSZYNKA
700	DAC ARBAZINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
701	DAC ARBAZINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
702	DAC ARBAZINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
703	DAC ARBAZINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
704	DAC ARBAZINUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
705	DAC ARBAZINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
706	DAC ARBAZINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
707	DAC ARBAZINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
708	DAC ARBAZINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
709	DAC ARBAZINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	DAC ARBAZINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	DAC ARBAZINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	DAC ARBAZINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	DAC ARBAZINUM	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	DAC ARBAZINUM	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	DAC ARBAZINUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716	DAC ARBAZINUM	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
717	DAC ARBAZINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
718	DAC ARBAZINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
719	DAC ARBAZINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
720	DAC ARBAZINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
721	DAC ARBAZINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
722	DAC ARBAZINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
723	DAC ARBAZINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
724	DAC ARBAZINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
725	DAC ARBAZINUM	D48.4	OTRZEWNA
726	DAC ARBAZINUM	D48.5	SKÓRA
727	DAC ARBAZINUM	D48.6	SUTĘK
728	DAC ARBAZINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
729	DAC ARBAZINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
730	DAC ARBAZINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDEJ
731	DAC ARBAZINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
732	DAC ARBAZINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
733	DAC ARBAZINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
734	DAC ARBAZINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
735	DAC ARBAZINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
736	DACARBAZINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
737	DACARBAZINUM	E85.4	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
738	DACARBAZINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	DACARBAZINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.19.

DOCETAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DO C ETAXELUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DO C ETAXELUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DO C ETAXELUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DO C ETAXELUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DO C ETAXELUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DO C ETAXELUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DO C ETAXELUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DO C ETAXELUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DO C ETAXELUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DO C ETAXELUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DO C ETAXELUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DO C ETAXELUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DO C ETAXELUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DO C ETAXELUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DO C ETAXELUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DO C ETAXELUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DO C ETAXELUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DO C ETAXELUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DO C ETAXELUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	DO C ETAXELUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DO C ETAXELUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	DO C ETAXELUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DO C ETAXELUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DO C ETAXELUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DO C ETAXELUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DO C ETAXELUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DO C ETAXELUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DO C ETAXELUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DO C ETAXELUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DO C ETAXELUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DO C ETAXELUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DO C ETAXELUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DO C ETAXELUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DO C ETAXELUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DO C ETAXELUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DO C ETAXELUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DO C ETAXELUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DO C ETAXELUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DO C ETAXELUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DO C ETAXELUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DO C ETAXELUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DO C ETAXELUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	DO C ETAXELUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DO C ETAXELUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DO C ETAXELUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DO C ETAXELUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DO C ETAXELUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	DO CETAXELUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DO CETAXELUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DO CETAXELUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DO CETAXELUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	DO CETAXELUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DO CETAXELUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DO CETAXELUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DO CETAXELUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DO CETAXELUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DO CETAXELUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DO CETAXELUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DO CETAXELUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DO CETAXELUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DO CETAXELUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DO CETAXELUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DO CETAXELUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DO CETAXELUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DO CETAXELUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DO CETAXELUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	DO CETAXELUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DO CETAXELUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	DO CETAXELUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	DO CETAXELUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	DO CETAXELUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	DO CETAXELUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	DO CETAXELUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	DO CETAXELUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DO CETAXELUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DO CETAXELUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DO CETAXELUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DO CETAXELUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DO CETAXELUM	C16.0	WPUST
80	DO CETAXELUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DO CETAXELUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DO CETAXELUM	C16.3	UJŚCIE ODŻWIERNIKA
83	DO CETAXELUM	C16.4	ODŻWIERNIK
84	DO CETAXELUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DO CETAXELUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DO CETAXELUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DO CETAXELUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DO CETAXELUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	DO CETAXELUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	DO CETAXELUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	DO CETAXELUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	DO CETAXELUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	DO CETAXELUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	DO CETAXELUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	DO CETAXELUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	DO CETAXELUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	DO CETAXELUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	DO CETAXELUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	DO C ETAXELUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	DO C ETAXELUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
101	DO C ETAXELUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
102	DO C ETAXELUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
103	DO C ETAXELUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	DO C ETAXELUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	DO C ETAXELUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	DO C ETAXELUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	DO C ETAXELUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	DO C ETAXELUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	DO C ETAXELUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	DO C ETAXELUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	DO C ETAXELUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	DO C ETAXELUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	DO C ETAXELUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	DO C ETAXELUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	DO C ETAXELUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	DO C ETAXELUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	DO C ETAXELUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.19.b.

DOCETAXEL

Leczenie pacjentów chorych na gruczolakoraka przełyku w schematach radykalnej 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 PRZĘŁYKU

Załącznik C.20.

DOXORUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DO XO RUBICINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	DO XO RUBICINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	DO XO RUBICINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	DO XO RUBICINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	DO XO RUBICINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	DO XO RUBICINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	DO XO RUBICINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	DO XO RUBICINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	DO XO RUBICINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	DO XO RUBICINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	DO XO RUBICINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	DO XO RUBICINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	DO XO RUBICINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	DO XO RUBICINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	DO XO RUBICINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	DO XO RUBICINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	DO XO RUBICINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	DO XO RUBICINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	DO XO RUBICINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	DO XO RUBICINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	DO XO RUBICINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	DO XO RUBICINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	DO XO RUBICINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	DO XO RUBICINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	DO XO RUBICINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	DO XO RUBICINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	DO XO RUBICINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	DO XO RUBICINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	DO XO RUBICINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	DO XO RUBICINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	DO XO RUBICINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	DO XO RUBICINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	DO XO RUBICINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	DO XO RUBICINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	DO XO RUBICINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	DO XO RUBICINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	DO XO RUBICINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	DO XO RUBICINUM	C06.2	PRZESTRZEŃZATRZONOWA
39.	DO XO RUBICINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	DO XO RUBICINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	DO XO RUBICINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	DO XO RUBICINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	DO XO RUBICINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	DO XO RUBICINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	DO XO RUBICINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	DO XO RUBICINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	DO XO RUBICINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	DO XO RUBICINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	DO XO RUBICINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	DO XO RUBICINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	DO XO RUBICINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	DO XO RUBICINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	DO XO RUBICINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	DO XO RUBICINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	DO XO RUBICINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	DO XO RUBICINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	DO XO RUBICINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	DO XO RUBICINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	DO XO RUBICINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	DO XO RUBICINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	DO XO RUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	DO XO RUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	DO XO RUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	DO XO RUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	DO XO RUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	DO XO RUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	DO XO RUBICINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	DO XO RUBICINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	DO XO RUBICINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄST KI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	DO XO RUBICINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	DO XO RUBICINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	DO XO RUBICINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	DO XO RUBICINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	DO XO RUBICINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	DO XO RUBICINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	DO XO RUBICINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	DO XO RUBICINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	DO XO RUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
79.	DO XO RUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80.	DO XO RUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81.	DO XO RUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82.	DO XO RUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83.	DO XO RUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84.	DO XO RUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85.	DO XO RUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86.	DO XO RUBICINUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	DO XO RUBICINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	DO XO RUBICINUM	C16.0	WPUST
89.	DO XO RUBICINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	DO XO RUBICINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	DO XO RUBICINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	DO XO RUBICINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	DO XO RUBICINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	DO XO RUBICINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	DO XO RUBICINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	DO XO RUBICINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	DO XO RUBICINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	DO XO RUBICINUM	C17.0	DWUNASTNICA
99.	DO XO RUBICINUM	C17.1	JELITO CZCZE
100.	DO XO RUBICINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	DO XO RUBICINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102.	DO XO RUBICINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	DO XO RUBICINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	DO XO RUBICINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	DO XO RUBICINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	DO XO RUBICINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	DO XO RUBICINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	DO XO RUBICINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	DO XO RUBICINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	DO XO RUBICINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	DO XO RUBICINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	DO XO RUBICINUM	C18.7	ESICA
113.	DO XO RUBICINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	DO XO RUBICINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	DO XO RUBICINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	DO XO RUBICINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	DO XO RUBICINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	DO XO RUBICINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	DO XO RUBICINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	DO XO RUBICINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	DO XO RUBICINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	DO XO RUBICINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	DO XO RUBICINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	DO XO RUBICINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	DO XO RUBICINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	DO XO RUBICINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	DO XO RUBICINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	DO XO RUBICINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	DO XO RUBICINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	DO XO RUBICINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131.	DO XO RUBICINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132.	DO XO RUBICINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133.	DO XO RUBICINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	DO XO RUBICINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135.	DO XO RUBICINUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	DO XO RUBICINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	DO XO RUBICINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	DO XO RUBICINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	DO XO RUBICINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	DO XO RUBICINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	DO XO RUBICINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	DO XO RUBICINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	DO XO RUBICINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	DO XO RUBICINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	DO XO RUBICINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	DO XO RUBICINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	DO XO RUBICINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	DO XO RUBICINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	DO XO RUBICINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
150.	DO XO RUBICINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	DO XO RUBICINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	DO XO RUBICINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	DO XO RUBICINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	DO XO RUBICINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	DO XO RUBICINUM	C31.1	KOMÓRKI SIŁOWE
156.	DO XO RUBICINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	DO XO RUBICINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	DO XO RUBICINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	DO XO RUBICINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	DO XO RUBICINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	DO XO RUBICINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	DO XO RUBICINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	DO XO RUBICINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	DO XO RUBICINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
165.	DO XO RUBICINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	DO XO RUBICINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	DO XO RUBICINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	DO XO RUBICINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	DO XO RUBICINUM	C38.0	SERCE
170.	DO XO RUBICINUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	DO XO RUBICINUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
172.	DO XO RUBICINUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	DO XO RUBICINUM	C38.4	OPŁUCNA
174.	DO XO RUBICINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	DO XO RUBICINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
176.	DO XO RUBICINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	DO XO RUBICINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
178.	DO XO RUBICINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	DO XO RUBICINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	DO XO RUBICINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	DO XO RUBICINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	DO XO RUBICINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	DO XO RUBICINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	DO XO RUBICINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	DO XO RUBICINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	DO XO RUBICINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
187.	DO XO RUBICINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	DO XO RUBICINUM	C41.1	ŻUCHWA
189.	DO XO RUBICINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	DO XO RUBICINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	DO XO RUBICINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	DO XO RUBICINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	DO XO RUBICINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	DO XO RUBICINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	DO XO RUBICINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	DO XO RUBICINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	DO XO RUBICINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	DO XO RUBICINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	DO XO RUBICINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	DO XO RUBICINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	DO XO RUBICINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	DO XO RUBICINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	DO XO RUBICINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	DO XO RUBICINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	DO XO RUBICINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	DO XO RUBICINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
207.	DO XO RUBICINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	DO XO RUBICINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	DO XO RUBICINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	DO XO RUBICINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	DO XO RUBICINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
212.	DO XO RUBICINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
213.	DO XO RUBICINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	DO XO RUBICINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
215.	DO XO RUBICINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	DO XO RUBICINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	DO XO RUBICINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	DO XO RUBICINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
219.	DO XO RUBICINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	DO XO RUBICINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	DO XO RUBICINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	DO XO RUBICINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	DO XO RUBICINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
224.	DO XO RUBICINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	DO XO RUBICINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	DO XO RUBICINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	DO XO RUBICINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	DO XO RUBICINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	DO XO RUBICINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	DO XO RUBICINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	DO XO RUBICINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	DO XO RUBICINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	DO XO RUBICINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
234.	DO XO RUBICINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	DO XO RUBICINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	DO XO RUBICINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	DO XO RUBICINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	DO XO RUBICINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	DO XO RUBICINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	DO XO RUBICINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	DO XO RUBICINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	DO XO RUBICINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	DO XO RUBICINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	DO XO RUBICINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	DO XO RUBICINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	DO XO RUBICINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	DO XO RUBICINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	DO XO RUBICINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	DO XO RUBICINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	DO XO RUBICINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	DO XO RUBICINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	DO XO RUBICINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	DO XO RUBICINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	DO XO RUBICINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	DO XO RUBICINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	DO XO RUBICINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	DO XO RUBICINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	DO XO RUBICINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	DO XO RUBICINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	DO XO RUBICINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	DO XO RUBICINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	DO XO RUBICINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	DO XO RUBICINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	DO XO RUBICINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	DO XO RUBICINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	DO XO RUBICINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	DO XO RUBICINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	DO XO RUBICINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	DO XO RUBICINUM	C54.3	DNO MACICY
270.	DO XO RUBICINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	DO XO RUBICINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	DO XO RUBICINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	DO XO RUBICINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	DO XO RUBICINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	DO XO RUBICINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	DO XO RUBICINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
277.	DO XO RUBICINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
278.	DO XO RUBICINUM	C57.3	PRZYMAGICZA
279.	DO XO RUBICINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	DO XO RUBICINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	DO XO RUBICINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	DO XO RUBICINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	DO XO RUBICINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	DO XO RUBICINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	DO XO RUBICINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	DO XO RUBICINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	DO XO RUBICINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	DO XO RUBICINUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	DO XO RUBICINUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	DO XO RUBICINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	DO XO RUBICINUM	C63.2	MOSZNA
292.	DO XO RUBICINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	DO XO RUBICINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	DO XO RUBICINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	DO XO RUBICINUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	DO XO RUBICINUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	DO XO RUBICINUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	DO XO RUBICINUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	DO XO RUBICINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	DO XO RUBICINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	DO XO RUBICINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	DO XO RUBICINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	DO XO RUBICINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	DO XO RUBICINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	DO XO RUBICINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	DO XO RUBICINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	DO XO RUBICINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	DO XO RUBICINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	DO XO RUBICINUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	DO XO RUBICINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	DO XO RUBICINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	DO XO RUBICINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	DO XO RUBICINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	DO XO RUBICINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	DO XO RUBICINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	DO XO RUBICINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	DO XO RUBICINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	DO XO RUBICINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	DO XO RUBICINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	DO XO RUBICINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	DO XO RUBICINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	DO XO RUBICINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	DO XO RUBICINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	DO XO RUBICINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	DO XO RUBICINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	DO XO RUBICINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	DO XO RUBICINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	DO XO RUBICINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	DO XO RUBICINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	DO XO RUBICINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	DO XO RUBICINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	DO XO RUBICINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	DO XO RUBICINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	DO XO RUBICINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	DO XO RUBICINUM	C71.6	MÓZDŻEK
336.	DO XO RUBICINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	DO XO RUBICINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	DO XO RUBICINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	DO XO RUBICINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	DO XO RUBICINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	DO XO RUBICINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	DO XO RUBICINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	DO XO RUBICINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	DO XO RUBICINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	DO XO RUBICINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	DO XO RUBICINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	DO XO RUBICINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	DO XO RUBICINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	DO XO RUBICINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	DO XO RUBICINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	DO XO RUBICINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	DO XO RUBICINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	DO XO RUBICINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	DO XO RUBICINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	DO XO RUBICINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	DO XO RUBICINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	DO XO RUBICINUM	C75.3	SZYSZYŃKA
358.	DO XO RUBICINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	DO XO RUBICINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	DO XO RUBICINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	DO XO RUBICINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	DO XO RUBICINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	DO XO RUBICINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	DO XO RUBICINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
365.	DO XO RUBICINUM	C76.2	BRZUCH
366.	DO XO RUBICINUM	C76.3	MIEDNICA
367.	DO XO RUBICINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	DO XO RUBICINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	DO XO RUBICINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	DO XO RUBICINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	DO XO RUBICINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	DO XO RUBICINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	DO XO RUBICINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
374.	DO XO RUBICINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	DO XO RUBICINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	DO XO RUBICINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	DO XO RUBICINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	DO XO RUBICINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	DO XO RUBICINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	DO XO RUBICINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
381.	DO XO RUBICINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	DO XO RUBICINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	DO XO RUBICINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	DO XO RUBICINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	DO XO RUBICINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	DO XO RUBICINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	DO XO RUBICINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	DO XO RUBICINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	DO XO RUBICINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	DO XO RUBICINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	DO XO RUBICINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	DO XO RUBICINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	DO XO RUBICINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	DO XO RUBICINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	DO XO RUBICINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	DO XO RUBICINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	DO XO RUBICINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	DO XO RUBICINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	DO XO RUBICINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	DO XO RUBICINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	DO XO RUBICINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	DO XO RUBICINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	DO XO RUBICINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	DO XO RUBICINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	DO XO RUBICINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	DO XO RUBICINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	DO XO RUBICINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	DO XO RUBICINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	DO XO RUBICINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	DO XO RUBICINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	DO XO RUBICINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	DO XO RUBICINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	DO XO RUBICINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	DO XO RUBICINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	DO XO RUBICINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	DO XO RUBICINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	DO XO RUBICINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	DO XO RUBICINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	DO XO RUBICINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	DO XO RUBICINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	DO XO RUBICINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	DO XO RUBICINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITA
423.	DO XO RUBICINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	DO XO RUBICINUM	C83.9	ROZLANEY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	DO XO RUBICINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	DO XO RUBICINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	DO XO RUBICINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	DO XO RUBICINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	DO XO RUBICINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	DO XO RUBICINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	DO XO RUBICINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	DO XO RUBICINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	DO XO RUBICINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	DO XO RUBICINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	DO XO RUBICINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	DO XO RUBICINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	DO XO RUBICINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	DO XO RUBICINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	DO XO RUBICINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	DO XO RUBICINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	DO XO RUBICINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	DO XO RUBICINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	DO XO RUBICINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	DO XO RUBICINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
445.	DO XO RUBICINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	DO XO RUBICINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	DO XO RUBICINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	DO XO RUBICINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	DO XO RUBICINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	DO XO RUBICINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	DO XO RUBICINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	DO XO RUBICINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	DO XO RUBICINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	DO XO RUBICINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
455.	DO XO RUBICINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	DO XO RUBICINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	DO XO RUBICINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	DO XO RUBICINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	DO XO RUBICINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	DO XO RUBICINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	DO XO RUBICINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	DO XO RUBICINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	DO XO RUBICINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	DO XO RUBICINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	DO XO RUBICINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	DO XO RUBICINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	DO XO RUBICINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	DO XO RUBICINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	DO XO RUBICINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	DO XO RUBICINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	DO XO RUBICINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	DO XO RUBICINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	DO XO RUBICINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	DO XO RUBICINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	DO XO RUBICINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	DO XO RUBICINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	DO XO RUBICINUM	D01.2	ODBYTNICA
478.	DO XO RUBICINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	DO XO RUBICINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	DO XO RUBICINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
481.	DO XO RUBICINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	DO XO RUBICINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	DO XO RUBICINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	DO XO RUBICINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	DO XO RUBICINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
486.	DO XO RUBICINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	DO XO RUBICINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
488.	DO XO RUBICINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	DO XO RUBICINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	DO XO RUBICINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	DO XO RUBICINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
492.	DO XO RUBICINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	DO XO RUBICINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	DO XO RUBICINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	DO XO RUBICINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	DO XO RUBICINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	DO XO RUBICINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	DO XO RUBICINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	DO XO RUBICINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	DO XO RUBICINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	DO XO RUBICINUM	D07.1	SROM
502.	DO XO RUBICINUM	D07.2	POCHWA
503.	DO XO RUBICINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	DO XO RUBICINUM	D07.4	PRĄCIE
505.	DO XO RUBICINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	DO XO RUBICINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	DO XO RUBICINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	DO XO RUBICINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
509.	DO XO RUBICINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	DO XO RUBICINUM	D09.2	OKO
511.	DO XO RUBICINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	DO XO RUBICINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	DO XO RUBICINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	DO XO RUBICINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	DO XO RUBICINUM	D10.0	WARGA
516.	DO XO RUBICINUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	DO XO RUBICINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	DO XO RUBICINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	DO XO RUBICINUM	D10.4	MIGDALEK
520.	DO XO RUBICINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	DO XO RUBICINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	DO XO RUBICINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	DO XO RUBICINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	DO XO RUBICINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	DO XO RUBICINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	DO XO RUBICINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	DO XO RUBICINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	DO XO RUBICINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	DO XO RUBICINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	DO XO RUBICINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	DO XO RUBICINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	DO XO RUBICINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	DO XO RUBICINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	DO XO RUBICINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	DO XO RUBICINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	DO XO RUBICINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	DO XO RUBICINUM	D12.8	ODBYTNICA
538.	DO XO RUBICINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	DO XO RUBICINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	DO XO RUBICINUM	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	DO XO RUBICINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	DO XO RUBICINUM	D13.2	DWUNASTNICA
543.	DO XO RUBICINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	DO XO RUBICINUM	D13.4	WĄTROBA
545.	DO XO RUBICINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE
546.	DO XO RUBICINUM	D13.6	TRZUSTKA
547.	DO XO RUBICINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	DO XO RUBICINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	DO XO RUBICINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	DO XO RUBICINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	DO XO RUBICINUM	D14.1	KRTAŃ
552.	DO XO RUBICINUM	D14.2	TCHAWICA
553.	DO XO RUBICINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	DO XO RUBICINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	DO XO RUBICINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
556.	DO XO RUBICINUM	D15.0	GRASICA
557.	DO XO RUBICINUM	D15.1	SERCE
558.	DO XO RUBICINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
559.	DO XO RUBICINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
560.	DO XO RUBICINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
561.	DO XO RUBICINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	DO XO RUBICINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	DO XO RUBICINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	DO XO RUBICINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
565.	DO XO RUBICINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
566.	DO XO RUBICINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
567.	DO XO RUBICINUM	D16.5	ŻUCHWA
568.	DO XO RUBICINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
569.	DO XO RUBICINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
570.	DO XO RUBICINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
571.	DO XO RUBICINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
572.	DO XO RUBICINUM	D17	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ
573.	DO XO RUBICINUM	D17.0	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI
574.	DO XO RUBICINUM	D17.1	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA
575.	DO XO RUBICINUM	D17.2	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN
576.	DO XO RUBICINUM	D17.3	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
577.	DO XO RUBICINUM	D17.4	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
578.	DO XO RUBICINUM	D17.5	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
579.	DO XO RUBICINUM	D17.6	TŁUSZCZAK POWRÓZKA NASIENNEGO
580.	DO XO RUBICINUM	D17.7	TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
581.	DO XO RUBICINUM	D17.9	TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY
582.	DO XO RUBICINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	DO XO RUBICINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	DO XO RUBICINUM	D20.1	OTRZEWNA
585.	DO XO RUBICINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	DO XO RUBICINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	DO XO RUBICINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
588.	DO XO RUBICINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	DO XO RUBICINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	DO XO RUBICINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	DO XO RUBICINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	DO XO RUBICINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	DO XO RUBICINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	DO XO RUBICINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	DO XO RUBICINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	DO XO RUBICINUM	D28.0	SROM
597.	DO XO RUBICINUM	D28.1	POCHWA
598.	DO XO RUBICINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	DO XO RUBICINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	DO XO RUBICINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	DO XO RUBICINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	DO XO RUBICINUM	D29.0	PRĄCIE
603.	DO XO RUBICINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	DO XO RUBICINUM	D29.2	JĄDRO
605.	DO XO RUBICINUM	D29.3	NAJĄDRZE
606.	DO XO RUBICINUM	D29.4	MOSZNA
607.	DO XO RUBICINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	DO XO RUBICINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	DO XO RUBICINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	DO XO RUBICINUM	D30.0	NERKA
611.	DO XO RUBICINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	DO XO RUBICINUM	D30.2	MOCZOWÓD
613.	DO XO RUBICINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	DO XO RUBICINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	DO XO RUBICINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	DO XO RUBICINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	DO XO RUBICINUM	D31	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR OKA
618.	DO XO RUBICINUM	D31.0	SPOJÓWKA
619.	DO XO RUBICINUM	D31.1	ROGÓWKA
620.	DO XO RUBICINUM	D31.2	SIATKÓWKA
621.	DO XO RUBICINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	DO XO RUBICINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	DO XO RUBICINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	DO XO RUBICINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	DO XO RUBICINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	DO XO RUBICINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
627.	DO XO RUBICINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	DO XO RUBICINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	DO XO RUBICINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	DO XO RUBICINUM	D33	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	DO XO RUBICINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	DO XO RUBICINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	DO XO RUBICINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	DO XO RUBICINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	DO XO RUBICINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	DO XO RUBICINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	DO XO RUBICINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	DO XO RUBICINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	DO XO RUBICINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	DO XO RUBICINUM	D35.0	NADNERCZA
641.	DO XO RUBICINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	DO XO RUBICINUM	D35.2	PRZYSADKA
643.	DO XO RUBICINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	DO XO RUBICINUM	D35.4	SZYSZYNKA
645.	DO XO RUBICINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	DO XO RUBICINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
647.	DO XO RUBICINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	DO XO RUBICINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	DO XO RUBICINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	DO XO RUBICINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	DO XO RUBICINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	DO XO RUBICINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	DO XO RUBICINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	DO XO RUBICINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	DO XO RUBICINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	DO XO RUBICINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	DO XO RUBICINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	DO XO RUBICINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	DO XO RUBICINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	DO XO RUBICINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	DO XO RUBICINUM	D37.5	ODBYTNICA
662.	DO XO RUBICINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	DO XO RUBICINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	DO XO RUBICINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	DO XO RUBICINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ
666.	DO XO RUBICINUM	D38.0	KRTAŃ
667.	DO XO RUBICINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	DO XO RUBICINUM	D38.2	OPŁUCNA
669.	DO XO RUBICINUM	D38.3	SRÓDPERSIE
670.	DO XO RUBICINUM	D38.4	GRASICA
671.	DO XO RUBICINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	DO XO RUBICINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	DO XO RUBICINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	DO XO RUBICINUM	D39.0	MACICA
675.	DO XO RUBICINUM	D39.1	JAJNIK
676.	DO XO RUBICINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	DO XO RUBICINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	DO XO RUBICINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	DO XO RUBICINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	DO XO RUBICINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	DO XO RUBICINUM	D40.1	JĄDRO
682.	DO XO RUBICINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	DO XO RUBICINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	DO XO RUBICINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	DO XO RUBICINUM	D41.0	NERKA
686.	DO XO RUBICINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	DO XO RUBICINUM	D41.2	MOCZOWÓD
688.	DO XO RUBICINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	DO XO RUBICINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	DO XO RUBICINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	DO XO RUBICINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	DO XO RUBICINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	DO XO RUBICINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	DO XO RUBICINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	DO XO RUBICINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	DO XO RUBICINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	DO XO RUBICINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	DO XO RUBICINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	DO XO RUBICINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	DO XO RUBICINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	DO XO RUBICINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	DO XO RUBICINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	DO XO RUBICINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	DO XO RUBICINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	DO XO RUBICINUM	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	DO XO RUBICINUM	D44.1	NADNERCZA
707.	DO XO RUBICINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	DO XO RUBICINUM	D44.3	PRZYSADKA
709.	DO XO RUBICINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	DO XO RUBICINUM	D44.5	SZYSZYNKĄ
711.	DO XO RUBICINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	DO XO RUBICINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
713.	DO XO RUBICINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	DO XO RUBICINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	DO XO RUBICINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	DO XO RUBICINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	DO XO RUBICINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	DO XO RUBICINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	DO XO RUBICINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	DO XO RUBICINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	DO XO RUBICINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	DO XO RUBICINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	DO XO RUBICINUM	D48.4	OTRZEWNA
724.	DO XO RUBICINUM	D48.5	SKÓRA
725.	DO XO RUBICINUM	D48.6	SUTEK
726.	DO XO RUBICINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	DO XO RUBICINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	DO XO RUBICINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANS A NIE SKLAS YFIKOWANA GDZ IE INDZ IEJ
729.	DO XO RUBICINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	DO XO RUBICINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	DO XO RUBICINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
732.	DO XO RUBICINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	DO XO RUBICINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	DO XO RUBICINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	DO XO RUBICINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	DO XO RUBICINUM	E85.4	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
737.	DO XO RUBICINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	DO XO RUBICINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.21.b.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej $\geq 200 \text{ mg/m}^2$;

z uwzględnieniem przeciwwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Lecznego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA 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 SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
23	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
11.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
12.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
15.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
17.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
18.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
19.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
20.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
21.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
22.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
23.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
24.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
25.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA

Załącznik C.23.

EPIRUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	EPIRUBICINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	EPIRUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	EPIRUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	EPIRUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	EPIRUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	EPIRUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	EPIRUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	EPIRUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
9	EPIRUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
10	EPIRUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
11	EPIRUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
12	EPIRUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
13	EPIRUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
14	EPIRUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
15	EPIRUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
16	EPIRUBICINUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
17	EPIRUBICINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18	EPIRUBICINUM	C16.0	WPUST
19	EPIRUBICINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
20	EPIRUBICINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	EPIRUBICINUM	C16.3	UJŚCIE ODŻWIERNIKA
22	EPIRUBICINUM	C16.4	ODŻWIERNIK
23	EPIRUBICINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
24	EPIRUBICINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
25	EPIRUBICINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
26	EPIRUBICINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
27	EPIRUBICINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
28	EPIRUBICINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
29	EPIRUBICINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
30	EPIRUBICINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
31	EPIRUBICINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
32	EPIRUBICINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
33	EPIRUBICINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
34	EPIRUBICINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35	EPIRUBICINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
36	EPIRUBICINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
37	EPIRUBICINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
38	EPIRUBICINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
39	EPIRUBICINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
40	EPIRUBICINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
41	EPIRUBICINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
42	EPIRUBICINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
43	EPIRUBICINUM	C41.1	ŻUCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	EPIRUBICINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
45	EPIRUBICINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
46	EPIRUBICINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
47	EPIRUBICINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
48	EPIRUBICINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
49	EPIRUBICINUM	C46	MIĘSAK KAPOSIEGO
50	EPIRUBICINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOSIEGO SKÓRY
51	EPIRUBICINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOSIEGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	EPIRUBICINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOSIEGO PODNIEBIENIA
53	EPIRUBICINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOSIEGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	EPIRUBICINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOSIEGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	EPIRUBICINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOSIEGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	EPIRUBICINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSIEGO, NIEOKREŚLONY
57	EPIRUBICINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
58	EPIRUBICINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
59	EPIRUBICINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
60	EPIRUBICINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
61	EPIRUBICINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
62	EPIRUBICINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
63	EPIRUBICINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
64	EPIRUBICINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
65	EPIRUBICINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
66	EPIRUBICINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	EPIRUBICINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
68	EPIRUBICINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
69	EPIRUBICINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
70	EPIRUBICINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
71	EPIRUBICINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
72	EPIRUBICINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
73	EPIRUBICINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
74	EPIRUBICINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
75	EPIRUBICINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
76	EPIRUBICINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
77	EPIRUBICINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
78	EPIRUBICINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
79	EPIRUBICINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
80	EPIRUBICINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
81	EPIRUBICINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
82	EPIRUBICINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
83	EPIRUBICINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
84	EPIRUBICINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
85	EPIRUBICINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
86	EPIRUBICINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
87	EPIRUBICINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
88	EPIRUBICINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
89	EPIRUBICINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	EPIRUBICINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
91	EPIRUBICINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
92	EPIRUBICINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
93	EPIRUBICINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
94	EPIRUBICINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
95	EPIRUBICINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
96	EPIRUBICINUM	C54.3	DNO MACICY
97	EPIRUBICINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
98	EPIRUBICINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
99	EPIRUBICINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
100	EPIRUBICINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
101	EPIRUBICINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102	EPIRUBICINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
103	EPIRUBICINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
104	EPIRUBICINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
105	EPIRUBICINUM	C57.3	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) BURKITT
133	EPIRUBICINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
134	EPIRUBICINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
135	EPIRUBICINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
136	EPIRUBICINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	EPIRUBICINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
138	EPIRUBICINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
139	EPIRUBICINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
140	EPIRUBICINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
141	EPIRUBICINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
142	EPIRUBICINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
143	EPIRUBICINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
144	EPIRUBICINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
145	EPIRUBICINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
146	EPIRUBICINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
147	EPIRUBICINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
148	EPIRUBICINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
149	EPIRUBICINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
150	EPIRUBICINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
151	EPIRUBICINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
152	EPIRUBICINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
153	EPIRUBICINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
154	EPIRUBICINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
155	EPIRUBICINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
156	EPIRUBICINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
157	EPIRUBICINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
158	EPIRUBICINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
159	EPIRUBICINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
160	EPIRUBICINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	EPIRUBICINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
162	EPIRUBICINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
163	EPIRUBICINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
164	EPIRUBICINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
165	EPIRUBICINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
166	EPIRUBICINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
167	EPIRUBICINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
168	EPIRUBICINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
169	EPIRUBICINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
170	EPIRUBICINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
171	EPIRUBICINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
172	EPIRUBICINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
173	EPIRUBICINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
174	EPIRUBICINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
175	EPIRUBICINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
176	EPIRUBICINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
177	EPIRUBICINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
178	EPIRUBICINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
179	EPIRUBICINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
180	EPIRUBICINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
181	EPIRUBICINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
182	EPIRUBICINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
183	EPIRUBICINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
184	EPIRUBICINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	EPIRUBICINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
186	EPIRUBICINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
187	EPIRUBICINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
188	EPIRUBICINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
189	EPIRUBICINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
190	EPIRUBICINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
191	EPIRUBICINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
192	EPIRUBICINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
193	EPIRUBICINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
194	EPIRUBICINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
195	EPIRUBICINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
196	EPIRUBICINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	EPIRUBICINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	EPIRUBICINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	EPIRUBICINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	EPIRUBICINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	EPIRUBICINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	EPIRUBICINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	EPIRUBICINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	EPIRUBICINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	EPIRUBICINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	EPIRUBICINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	EPIRUBICINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ AOTRZEWNOWA
208	EPIRUBICINUM	D48.4	OTRZEWNA
209	EPIRUBICINUM	D48.5	SKÓRA
210	EPIRUBICINUM	D48.6	SUTEK
211	EPIRUBICINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	EPIRUBICINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	EPIRUBICINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
214	EPIRUBICINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	EPIRUBICINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	EPIRUBICINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	EPIRUBICINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	EPIRUBICINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY 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 DZIAŚŁA
21	ETOPOSIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	ETOPOSIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	ETOPOSIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	ETOPOSIDUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	ETOPOSIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	ETOPOSIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	ETOPOSIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	ETOPOSIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	ETOPOSIDUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	ETOPOSIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	ETOPOSIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	ETOPOSIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	ETOPOSIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	ETOPOSIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	ETOPOSIDUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	ETOPOSIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	ETOPOSIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	ETOPOSIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	ETOPOSIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	ETOPOSIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	ETOPOSIDUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	ETOPOSIDUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	ETOPOSIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	ETOPOSIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	ETOPOSIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	ETOPOSIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	ETOPOSIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	ETOPOSIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	ETOPOSIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	ETOPOSIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	ETOPOSIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	ETOPOSIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	ETOPOSIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	ETOPOSIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	ETOPOSIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	ETOPOSIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	ETOPOSIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	ETOPOSIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	ETOPOSIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	ETOPOSIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	ETOPOSIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	ETOPOSIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	ETOPOSIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	ETOPOSIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	ETOPOSIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	ETOPOSIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	ETOPOSIDUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	ETOPOSIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	ETOPOSIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	ETOPOSIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	ETOPOSIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	ETOPOSIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	ETOPOSIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	ETOPOSIDUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	ETOPOSIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	ETOPOSIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	ETOPOSIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	ETOPOSIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	ETOPOSIDUM	C16.0	WPUST
80	ETOPOSIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	ETOPOSIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	ETOPOSIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	ETOPOSIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	ETOPOSIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	ETOPOSIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	ETOPOSIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	ETOPOSIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	ETOPOSIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	ETOPOSIDUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	ETOPOSIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	ETOPOSIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	ETOPOSIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	ETOPOSIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	ETOPOSIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	ETOPOSIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	ETOPOSIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	ETOPOSIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	ETOPOSIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	ETOPOSIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	ETOPOSIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	ETOPOSIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	ETOPOSIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	ETOPOSIDUM	C18.7	ESICA
104	ETOPOSIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	ETOPOSIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	ETOPOSIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	ETOPOSIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	ETOPOSIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	ETOPOSIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	ETOPOSIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	ETOPOSIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	ETOPOSIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	ETOPOSIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	ETOPOSIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	ETOPOSIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	ETOPOSIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	ETOPOSIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	ETOPOSIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	ETOPOSIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	ETOPOSIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	ETOPOSIDUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	ETOPOSIDUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	ETOPOSIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	ETOPOSIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	ETOPOSIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	ETOPOSIDUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	ETOPOSIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	ETOPOSIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	ETOPOSIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	ETOPOSIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	ETOPOSIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	ETOPOSIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	ETOPOSIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	ETOPOSIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	ETOPOSIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	ETOPOSIDUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	ETOPOSIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	ETOPOSIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	ETOPOSIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	ETOPOSIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	ETOPOSIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	ETOPOSIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	ETOPOSIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	ETOPOSIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	ETOPOSIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	ETOPOSIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	ETOPOSIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	ETOPOSIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	ETOPOSIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	ETOPOSIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	ETOPOSIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	ETOPOSIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	ETOPOSIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	ETOPOSIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	ETOPOSIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	ETOPOSIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	ETOPOSIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	ETOPOSIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	ETOPOSIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	ETOPOSIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	ETOPOSIDUM	C38.0	SERCE
162	ETOPOSIDUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	ETOPOSIDUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	ETOPOSIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	ETOPOSIDUM	C38.4	OPŁUCNA
166	ETOPOSIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	ETOPOSIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
168	ETOPOSIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	ETOPOSIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
170	ETOPOSIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	ETOPOSIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	ETOPOSIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	ETOPOSIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	ETOPOSIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	ETOPOSIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	ETOPOSIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	ETOPOSIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	ETOPOSIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	ETOPOSIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	ETOPOSIDUM	C41.1	ŻUCHWA
181	ETOPOSIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	ETOPOSIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	ETOPOSIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	ETOPOSIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	ETOPOSIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	ETOPOSIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	ETOPOSIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	ETOPOSIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	ETOPOSIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	ETOPOSIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	ETOPOSIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	ETOPOSIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	ETOPOSIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	ETOPOSIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	ETOPOSIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	ETOPOSIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	ETOPOSIDUM	C46	MIĘSAK KAPOSIEGO
198	ETOPOSIDUM	C46.0	MIĘSAK KAPOSIEGO SKÓRY
199	ETOPOSIDUM	C46.1	MIĘSAK KAPOSIEGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	ETOPOSIDUM	C46.2	MIĘSAK KAPOSIEGO PODNIEBIENIA
201	ETOPOSIDUM	C46.3	MIĘSAK KAPOSIEGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	ETOPOSIDUM	C46.7	MIĘSAK KAPOSIEGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	ETOPOSIDUM	C46.8	MIĘSAK KAPOSIEGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	ETOPOSIDUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSIEGO, NIEOKREŚLONY
205	ETOPOSIDUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	ETOPOSIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	ETOPOSIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	ETOPOSIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	ETOPOSIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
210	ETOPOSIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	ETOPOSIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	ETOPOSIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	ETOPOSIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	ETOPOSIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	ETOPOSIDUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	ETOPOSIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	ETOPOSIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	ETOPOSIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	ETOPOSIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	ETOPOSIDUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	ETOPOSIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	ETOPOSIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	ETOPOSIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	ETOPOSIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KŁATKI PIERSIOWEJ
225	ETOPOSIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	ETOPOSIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	ETOPOSIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	ETOPOSIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	ETOPOSIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	ETOPOSIDUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
231	ETOPOSIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	ETOPOSIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
233	ETOPOSIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
234	ETOPOSIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235	ETOPOSIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
236	ETOPOSIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237	ETOPOSIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
238	ETOPOSIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
239	ETOPOSIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	ETOPOSIDUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	ETOPOSIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	ETOPOSIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	ETOPOSIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
244	ETOPOSIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	ETOPOSIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	ETOPOSIDUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	ETOPOSIDUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	ETOPOSIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	ETOPOSIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	ETOPOSIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	ETOPOSIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	ETOPOSIDUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	ETOPOSIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	ETOPOSIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	ETOPOSIDUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
256	ETOPOSIDUM	C54.3	DNO MACICY
257	ETOPOSIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	ETOPOSIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	ETOPOSIDUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	ETOPOSIDUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	ETOPOSIDUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	ETOPOSIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	ETOPOSIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
264	ETOPOSIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
265	ETOPOSIDUM	C57.3	PRZYMATICZA
266	ETOPOSIDUM	C57.4	PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE
267	ETOPOSIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	ETOPOSIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	ETOPOSIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	ETOPOSIDUM	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	ETOPOSIDUM	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	ETOPOSIDUM	C60.0	NAPLETEK
273	ETOPOSIDUM	C60.1	ŻOŁĄDŻ PRĄCIA
274	ETOPOSIDUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	ETOPOSIDUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	ETOPOSIDUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	ETOPOSIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	ETOPOSIDUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	ETOPOSIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	ETOPOSIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	ETOPOSIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	ETOPOSIDUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	ETOPOSIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
284	ETOPOSIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	ETOPOSIDUM	C63.2	MOSZNA
286	ETOPOSIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	ETOPOSIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	ETOPOSIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	ETOPOSIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	ETOPOSIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	ETOPOSIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	ETOPOSIDUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	ETOPOSIDUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	ETOPOSIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	ETOPOSIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	ETOPOSIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	ETOPOSIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	ETOPOSIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	ETOPOSIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	ETOPOSIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
301	ETOPOSIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	ETOPOSIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	ETOPOSIDUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	ETOPOSIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	ETOPOSIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	ETOPOSIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	ETOPOSIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	ETOPOSIDUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	ETOPOSIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
310	ETOPOSIDUM	C69.1	ROGÓWKA
311	ETOPOSIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
312	ETOPOSIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	ETOPOSIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	ETOPOSIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	ETOPOSIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
316	ETOPOSIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	ETOPOSIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	ETOPOSIDUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	ETOPOSIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	ETOPOSIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	ETOPOSIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	ETOPOSIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	ETOPOSIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	ETOPOSIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	ETOPOSIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	ETOPOSIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	ETOPOSIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	ETOPOSIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	ETOPOSIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
330	ETOPOSIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	ETOPOSIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	ETOPOSIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	ETOPOSIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	ETOPOSIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	ETOPOSIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
336	ETOPOSIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	ETOPOSIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
338	ETOPOSIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	ETOPOSIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	ETOPOSIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	ETOPOSIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	ETOPOSIDUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	ETOPOSIDUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	ETOPOSIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY
345	ETOPOSIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
346	ETOPOSIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
347	ETOPOSIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	ETOPOSIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	ETOPOSIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	ETOPOSIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	ETOPOSIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
352	ETOPOSIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	ETOPOSIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	ETOPOSIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	ETOPOSIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	ETOPOSIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	ETOPOSIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	ETOPOSIDUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
359	ETOPOSIDUM	C76.2	BRZUCH
360	ETOPOSIDUM	C76.3	MIEDNICA
361	ETOPOSIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	ETOPOSIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	ETOPOSIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	ETOPOSIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	ETOPOSIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	ETOPOSIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	ETOPOSIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
368	ETOPOSIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	ETOPOSIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	ETOPOSIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	ETOPOSIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	ETOPOSIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	ETOPOSIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	ETOPOSIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
375	ETOPOSIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	ETOPOSIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	ETOPOSIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	ETOPOSIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	ETOPOSIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	ETOPOSIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	ETOPOSIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	ETOPOSIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	ETOPOSIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	ETOPOSIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	ETOPOSIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	ETOPOSIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	ETOPOSIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	ETOPOSIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	ETOPOSIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	ETOPOSIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	ETOPOSIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	ETOPOSIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWYNADNERCZY
393	ETOPOSIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	ETOPOSIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	ETOPOSIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
396	ETOPOSIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	ETOPOSIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	ETOPOSIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	ETOPOSIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	ETOPOSIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	ETOPOSIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	ETOPOSIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	ETOPOSIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	ETOPOSIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	ETOPOSIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	ETOPOSIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	ETOPOSIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	ETOPOSIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	ETOPOSIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	ETOPOSIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	ETOPOSIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	ETOPOSIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	ETOPOSIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	ETOPOSIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	ETOPOSIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	ETOPOSIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
417	ETOPOSIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	ETOPOSIDUM	C83.9	ROZLANEY 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	MIEŚAK LIMFATYCZNY
428	ETOPOSIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	ETOPOSIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	ETOPOSIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	ETOPOSIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	ETOPOSIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	ETOPOSIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	ETOPOSIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	ETOPOSIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA 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, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNÝCH
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 POKREWNÝCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
486	ETOPOSIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	ETOPOSIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	ETOPOSIDUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	ETOPOSIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
490	ETOPOSIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	ETOPOSIDUM	D01.2	ODBYTNICA
492	ETOPOSIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	ETOPOSIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	ETOPOSIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
495	ETOPOSIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	ETOPOSIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	ETOPOSIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
498	ETOPOSIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	ETOPOSIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
500	ETOPOSIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	ETOPOSIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	ETOPOSIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	ETOPOSIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	ETOPOSIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	ETOPOSIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	ETOPOSIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	ETOPOSIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	ETOPOSIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	ETOPOSIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	ETOPOSIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	ETOPOSIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	ETOPOSIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	ETOPOSIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	ETOPOSIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	ETOPOSIDUM	D07.1	SROM
516	ETOPOSIDUM	D07.2	POCHWA
517	ETOPOSIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	ETOPOSIDUM	D07.4	PRĄCIE
519	ETOPOSIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	ETOPOSIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	ETOPOSIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	ETOPOSIDUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	ETOPOSIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	ETOPOSIDUM	D09.2	OKO
525	ETOPOSIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	ETOPOSIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	ETOPOSIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	ETOPOSIDUM	D10	NOWOTÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	ETOPOSIDUM	D10.0	WARGA
530	ETOPOSIDUM	D10.1	JĘZYK
531	ETOPOSIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	ETOPOSIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	ETOPOSIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
534	ETOPOSIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	ETOPOSIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	ETOPOSIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	ETOPOSIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	ETOPOSIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	ETOPOSIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	ETOPOSIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	ETOPOSIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	ETOPOSIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	ETOPOSIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	ETOPOSIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	ETOPOSIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	ETOPOSIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	ETOPOSIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	ETOPOSIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	ETOPOSIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	ETOPOSIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	ETOPOSIDUM	D12.8	ODBYTNICA
552	ETOPOSIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	ETOPOSIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	ETOPOSIDUM	D13.0	PRZEŁYK
555	ETOPOSIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
556	ETOPOSIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
557	ETOPOSIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	ETOPOSIDUM	D13.4	WĄTROBA
559	ETOPOSIDUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	ETOPOSIDUM	D13.6	TRZUSTKA
561	ETOPOSIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	ETOPOSIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	ETOPOSIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	ETOPOSIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	ETOPOSIDUM	D14.1	KRTAŃ
566	ETOPOSIDUM	D14.2	TCHAWICA
567	ETOPOSIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	ETOPOSIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	ETOPOSIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
570	ETOPOSIDUM	D15.0	GRASICA
571	ETOPOSIDUM	D15.1	SERCE
572	ETOPOSIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	ETOPOSIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
574	ETOPOSIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
575	ETOPOSIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	ETOPOSIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI 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	NACZYNIKI KRWIONOŚNE I NACZYNIKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	ETOPOSIDUM	D18.0	NACZYNIKI KRWIONOŚNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	ETOPOSIDUM	D18.1	NACZYNIKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	ETOPOSIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNEJ
590	ETOPOSIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNA
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	SZYSZYNKĄ
652	ETOPOSIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	ETOPOSIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
654	ETOPOSIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	ETOPOSIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	ETOPOSIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	ETOPOSIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	ETOPOSIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	ETOPOSIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	ETOPOSIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	ETOPOSIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	ETOPOSIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	ETOPOSIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	ETOPOSIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	ETOPOSIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
666	ETOPOSIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	ETOPOSIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
668	ETOPOSIDUM	D37.5	ODBYTNICA
669	ETOPOSIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
670	ETOPOSIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
671	ETOPOSIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	ETOPOSIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ
673	ETOPOSIDUM	D38.0	KRTAŃ
674	ETOPOSIDUM	D38.1	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	SZYSZYŃKA
718	ETOPOSIDUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
719	ETOPOSIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
720	ETOPOSIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	ETOPOSIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	ETOPOSIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	ETOPOSIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	ETOPOSIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	ETOPOSIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	ETOPOSIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
727	ETOPOSIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	ETOPOSIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	ETOPOSIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	ETOPOSIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	ETOPOSIDUM	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
732	ETOPOSIDUM	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
733	ETOPOSIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
734	ETOPOSIDUM	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
735	ETOPOSIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
736	ETOPOSIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	ETOPOSIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	ETOPOSIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	ETOPOSIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	ETOPOSIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	ETOPOSIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	ETOPOSIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
743	ETOPOSIDUM	D48.4	OTRZEWNA
744	ETOPOSIDUM	D48.5	SKÓRA
745	ETOPOSIDUM	D48.6	SUTEK
746	ETOPOSIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	ETOPOSIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	ETOPOSIDUM	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	ETOPOSIDUM	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHOROBY PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	ETOPOSIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	ETOPOSIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	ETOPOSIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	ETOPOSIDUM	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	ETOPOSIDUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	ETOPOSIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTĄĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	ETOPOSIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTĄĆ 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) BURKITT
23	FLUDARABINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	FLUDARABINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	FLUDARABINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	FLUDARABINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	FLUDARABINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28	FLUDARABINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	FLUDARABINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30	FLUDARABINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	FLUDARABINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	FLUDARABINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	FLUDARABINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	FLUDARABINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	FLUDARABINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	FLUDARABINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37	FLUDARABINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38	FLUDARABINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	FLUDARABINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40	FLUDARABINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41	FLUDARABINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELIT CIENKIEGO
42	FLUDARABINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUDARABINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44	FLUDARABINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	FLUDARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	FLUDARABINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	FLUDARABINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	FLUDARABINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	FLUDARABINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	FLUDARABINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
51	FLUDARABINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	FLUDARABINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	FLUDARABINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	FLUDARABINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	FLUDARABINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	FLUDARABINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	FLUDARABINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	FLUDARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	FLUDARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	FLUDARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	FLUDARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	FLUDARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	FLUDARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	FLUDARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	FLUDARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66	FLUDARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUDARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	FLUDARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	FLUDARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	FLUDARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	FLUDARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	FLUDARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	FLUDARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	FLUDARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	FLUDARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	FLUDARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	FLUDARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	FLUDARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	FLUDARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	FLUDARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	FLUDARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	FLUDARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
83	FLUDARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
84	FLUDARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
85	FLUDARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
86	FLUDARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
87	FLUDARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
88	FLUDARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
89	FLUDARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUDARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.26.

FLUOROURACILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FLUOROURACILUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	FLUOROURACILUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	FLUOROURACILUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	FLUOROURACILUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	FLUOROURACILUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	FLUOROURACILUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	FLUOROURACILUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	FLUOROURACILUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	FLUOROURACILUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	FLUOROURACILUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	FLUOROURACILUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	FLUOROURACILUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	FLUOROURACILUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	FLUOROURACILUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	FLUOROURACILUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	FLUOROURACILUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	FLUOROURACILUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	FLUOROURACILUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	FLUOROURACILUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	FLUORO URACILUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	FLUORO URACILUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	FLUORO URACILUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	FLUORO URACILUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	FLUORO URACILUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	FLUORO URACILUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	FLUORO URACILUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	FLUORO URACILUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	FLUORO URACILUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	FLUORO URACILUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	FLUORO URACILUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	FLUORO URACILUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	FLUORO URACILUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	FLUORO URACILUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	FLUORO URACILUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	FLUORO URACILUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	FLUORO URACILUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	FLUORO URACILUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	FLUORO URACILUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	FLUORO URACILUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	FLUORO URACILUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	FLUORO URACILUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	FLUORO URACILUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUO RO URACILUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	FLUO RO URACILUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	FLUO RO URACILUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	FLUO RO URACILUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	FLUO RO URACILUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	FLUO RO URACILUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	FLUO RO URACILUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	FLUO RO URACILUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	FLUO RO URACILUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	FLUO RO URACILUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	FLUO RO URACILUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	FLUO RO URACILUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	FLUO RO URACILUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	FLUO RO URACILUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	FLUO RO URACILUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	FLUO RO URACILUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	FLUO RO URACILUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	FLUO RO URACILUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	FLUO RO URACILUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	FLUO RO URACILUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	FLUO RO URACILUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	FLUO RO URACILUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	FLUO RO URACILUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	FLUO RO URACILUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUORO URACILUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	FLUORO URACILUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	FLUORO URACILUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCINIOWATEJ
70	FLUORO URACILUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA 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 PRZĘŁYKU
79	FLUORO URACILUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80	FLUORO URACILUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81	FLUORO URACILUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82	FLUORO URACILUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83	FLUORO URACILUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84	FLUORO URACILUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85	FLUORO URACILUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86	FLUORO URACILUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
87	FLUORO URACILUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	FLUORO URACILUM	C16.0	WPUST
89	FLUORO URACILUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUORO URACILUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	FLUORO URACILUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	FLUORO URACILUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	FLUORO URACILUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	FLUORO URACILUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	FLUORO URACILUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	FLUORO URACILUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	FLUORO URACILUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	FLUORO URACILUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	FLUORO URACILUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	FLUORO URACILUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	FLUORO URACILUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	FLUORO URACILUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	FLUORO URACILUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	FLUORO URACILUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	FLUORO URACILUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	FLUORO URACILUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	FLUORO URACILUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	FLUORO URACILUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	FLUORO URACILUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	FLUORO URACILUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	FLUORO URACILUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	FLUORO URACILUM	C18.7	ESICA
113	FLUORO URACILUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	FLUORO URACILUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	FLUORO URACILUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	FLUORO URACILUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	FLUORO URACILUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	FLUORO URACILUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	FLUORO URACILUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	FLUORO URACILUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	FLUORO URACILUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	FLUORO URACILUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	FLUORO URACILUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	FLUORO URACILUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	FLUORO URACILUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	FLUORO URACILUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	FLUORO URACILUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	FLUORO URACILUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	FLUORO URACILUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	FLUORO URACILUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	FLUORO URACILUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	FLUORO URACILUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	FLUORO URACILUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	FLUORO URACILUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	FLUORO URACILUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	FLUORO URACILUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143	FLUORO URACILUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	FLUORO URACILUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	FLUORO URACILUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	FLUORO URACILUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	FLUORO URACILUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	FLUORO URACILUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	FLUORO URACILUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
150	FLUORO URACILUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	FLUORO URACILUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	FLUORO URACILUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	FLUORO URACILUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	FLUORO URACILUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	FLUORO URACILUM	C31.1	KOMÓRKI SIŁOWE
156	FLUORO URACILUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	FLUORO URACILUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	FLUORO URACILUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	FLUORO URACILUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	FLUORO URACILUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	FLUORO URACILUM	C32.0	GŁOŚNIA
162	FLUORO URACILUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	FLUORO URACILUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	FLUORO URACILUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	FLUORO URACILUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	FLUORO URACILUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	FLUORO URACILUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	FLUORO URACILUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	FLUORO URACILUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	FLUORO URACILUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	FLUORO URACILUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	FLUORO URACILUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	FLUORO URACILUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	FLUORO URACILUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	FLUORO URACILUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	FLUORO URACILUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	FLUORO URACILUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	FLUORO URACILUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	FLUORO URACILUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	FLUORO URACILUM	C51.2	ŁECHTACZKA
181	FLUORO URACILUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	FLUORO URACILUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	FLUORO URACILUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	FLUORO URACILUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	FLUO RO URACILUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
186	FLUO RO URACILUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
187	FLUO RO URACILUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
188	FLUO RO URACILUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
189	FLUO RO URACILUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
190	FLUO RO URACILUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
191	FLUO RO URACILUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
192	FLUO RO URACILUM	C54.2	MIEŚNIOŹŁOŚLIWY MACICY
193	FLUO RO URACILUM	C54.3	DNO MACICY
194	FLUO RO URACILUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
195	FLUO RO URACILUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
196	FLUO RO URACILUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
197	FLUO RO URACILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
198	FLUO RO URACILUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
199	FLUO RO URACILUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
200	FLUO RO URACILUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
201	FLUO RO URACILUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
202	FLUO RO URACILUM	C57.3	PRZYMATICZA
203	FLUO RO URACILUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
204	FLUO RO URACILUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
205	FLUO RO URACILUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
206	FLUO RO URACILUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
207	FLUO RO URACILUM	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
208	FLUO RO URACILUM	C60.0	NAPLETEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209	FLUORO URACILUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	FLUORO URACILUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	FLUORO URACILUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	FLUORO URACILUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	FLUORO URACILUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	FLUORO URACILUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	FLUORO URACILUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	FLUORO URACILUM	C76.2	BRZUCH
217	FLUORO URACILUM	C76.3	MIEDNICA
218	FLUORO URACILUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	FLUORO URACILUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	FLUORO URACILUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	FLUORO URACILUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	FLUORO URACILUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
223	FLUORO URACILUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	FLUORO URACILUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	FLUORO URACILUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
226	FLUORO URACILUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	FLUORO URACILUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	FLUORO URACILUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	FLUORO URACILUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	FLUORO URACILUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
231	FLUO RO URACILUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	FLUO RO URACILUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	FLUO RO URACILUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	FLUO RO URACILUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	FLUO RO URACILUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	FLUO RO URACILUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	FLUO RO URACILUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	FLUO RO URACILUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	FLUO RO URACILUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	FLUO RO URACILUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	FLUO RO URACILUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	FLUO RO URACILUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	FLUO RO URACILUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	FLUO RO URACILUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	FLUO RO URACILUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	FLUO RO URACILUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	FLUO RO URACILUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	FLUO RO URACILUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
249	FLUO RO URACILUM	D48.4	OTRZEWNA
250	FLUO RO URACILUM	D48.5	SKÓRA
251	FLUO RO URACILUM	D48.6	SUTEK
252	FLUO RO URACILUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	FLUORO URACILUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.27.

FULVESTRANT

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FULVESTRANT	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	FULVESTRANT	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	FULVESTRANT	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	FULVESTRANT	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	FULVESTRANT	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	FULVESTRANT	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	FULVESTRANT	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	FULVESTRANT	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	FULVESTRANT	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	FULVESTRANT	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.28.

GEMCITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	GEMCITABINE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2.	GEMCITABINE	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	GEMCITABINE	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
4.	GEMCITABINE	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
5.	GEMCITABINE	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
6.	GEMCITABINE	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
7.	GEMCITABINE	C38.4	OPLUCNA
8.	GEMCITABINE	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
9.	GEMCITABINE	C45	MIĘDZYBŁONIAK
10.	GEMCITABINE	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
11.	GEMCITABINE	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
12.	GEMCITABINE	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
13.	GEMCITABINE	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i>
14.	GEMCITABINE	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
15.	GEMCITABINE	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
16.	GEMCITABINE	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
17.	GEMCITABINE	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18.	GEMCITABINE	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
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	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
3	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
4	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
5	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
6	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
7	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
8	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.6	MÓŻDŻEK
9	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
10	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
11	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
12	HYDROXYCARBAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
13	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
14	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
15	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
16	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
17	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
18	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
19	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
21	HYDROXYCARBAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
22	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
23	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
24	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
25	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
26	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
27	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
28	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
29	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
30	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
31	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
32	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
34	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
35	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
36	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
37	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.9	ROZLANEY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	HYDROXYCARBAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
39	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
40	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
41	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
42	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
43	HYDROXYCARBAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
45	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
46	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
48	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
49	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
50	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
51	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
52	HYDROXYCARBAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
53	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
54	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
55	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
58	HYDROXYCARBAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
59	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
60	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
61	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
62	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
63	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
64	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
65	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
66	HYDROXYCARBAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
67	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
69	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
72	HYDROXYCARBAMIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
73	HYDROXYCARBAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
74	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
75	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
76	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
77	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
78	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
79	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
80	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
81	HYDROXYCARBAMIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
82	HYDROXYCARBAMIDUM	D57	ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
83	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.0	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.3	CECHA SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
87	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.8	INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
88	HYDROXYCARBAMIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
89	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDEJ
90	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
91	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM

Załącznik C.31.

IFOSFAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	IFOSFAMIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	IFOSFAMIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	IFOSFAMIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	IFOSFAMIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	IFOSFAMIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	IFOSFAMIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	IFOSFAMIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	IFOSFAMIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	IFOSFAMIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	IFOSFAMIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	IFOSFAMIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	IFOSFAMIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	IFOSFAMIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	IFOSFAMIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	IFOSFAMIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	IFOSFAMIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	IFOSFAMIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	IFOSFAMIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	IFOSFAMIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	IFOSFAMIDUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	IFO SFAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	IFO SFAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	IFO SFAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	IFO SFAMIDUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	IFO SFAMIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	IFO SFAMIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	IFO SFAMIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	IFO SFAMIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	IFO SFAMIDUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	IFO SFAMIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	IFO SFAMIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	IFO SFAMIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	IFO SFAMIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	IFO SFAMIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	IFO SFAMIDUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	IFO SFAMIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	IFO SFAMIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	IFO SFAMIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	IFO SFAMIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	IFO SFAMIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	IFO SFAMIDUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYSZNEJ
42	IFO SFAMIDUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	IFO SFAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	IFO SFAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	IFO SFAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	IFO SFAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	IFO SFAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	IFO SFAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	IFO SFAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	IFO SFAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	IFO SFAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	IFO SFAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	IFO SFAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	IFO SFAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	IFO SFAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	IFO SFAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	IFO SFAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	IFO SFAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	IFO SFAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	IFO SFAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	IFO SFAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	IFO SFAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	IFO SFAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	IFO SFAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	IFO SFAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	IFO SFAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	IFO SFAMIDUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	IFO SFAMIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	IFO SFAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERSCIENIOWATEJ
70	IFO SFAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	IFO SFAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	IFO SFAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	IFO SFAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	IFO SFAMIDUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	IFO SFAMIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	IFO SFAMIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	IFO SFAMIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	IFO SFAMIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	IFO SFAMIDUM	C16.0	WPUST
80	IFO SFAMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	IFO SFAMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	IFO SFAMIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	IFO SFAMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	IFO SFAMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	IFO SFAMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	IFO SFAMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	IFO SFAMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	IFO SFAMIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	IFO SFAMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
90	IFO SFAMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	IFO SFAMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	IFO SFAMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	IFO SFAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	IFO SFAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	IFO SFAMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96	IFO SFAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	IFO SFAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	IFO SFAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	IFO SFAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	IFO SFAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	IFO SFAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	IFO SFAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	IFO SFAMIDUM	C18.7	ESICA
104	IFO SFAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	IFO SFAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	IFO SFAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	IFO SFAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	IFO SFAMIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	IFO SFAMIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	IFO SFAMIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	IFO SFAMIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	IFO SFAMIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	IFO SFAMIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	IFO SFAMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	IFO SFAMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	IFO SFAMIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	IFO SFAMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	IFO SFAMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	IFO SFAMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	IFO SFAMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
121	IFO SFAMIDUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	IFO SFAMIDUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	IFO SFAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	IFO SFAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	IFO SFAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	IFO SFAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	IFO SFAMIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	IFO SFAMIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	IFO SFAMIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	IFO SFAMIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	IFO SFAMIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	IFO SFAMIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZĄ TRZUSTKI
133	IFO SFAMIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	IFO SFAMIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	IFO SFAMIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	IFO SFAMIDUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137	IFO SFAMIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	IFO SFAMIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	IFO SFAMIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	IFO SFAMIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	IFO SFAMIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	IFO SFAMIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	IFO SFAMIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	IFO SFAMIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	IFO SFAMIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146	IFO SFAMIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	IFO SFAMIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	IFO SFAMIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	IFO SFAMIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	IFO SFAMIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	IFO SFAMIDUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
152	IFO SFAMIDUM	C32.0	GŁOŚNIA
153	IFO SFAMIDUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
154	IFO SFAMIDUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
155	IFO SFAMIDUM	C32.3	CHRYZYSTKI KRTANI
156	IFO SFAMIDUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
157	IFO SFAMIDUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
158	IFO SFAMIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
159	IFO SFAMIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
160	IFO SFAMIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
161	IFO SFAMIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
162	IFO SFAMIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
163	IFO SFAMIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
164	IFO SFAMIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
165	IFO SFAMIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
166	IFO SFAMIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
167	IFO SFAMIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
168	IFO SFAMIDUM	C38.0	SERCE
169	IFO SFAMIDUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
170	IFO SFAMIDUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
171	IFO SFAMIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172	IFO SFAMIDUM	C38.4	OPŁUCNA
173	IFO SFAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
174	IFO SFAMIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
175	IFO SFAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
176	IFO SFAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
177	IFO SFAMIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
178	IFO SFAMIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
179	IFO SFAMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
180	IFO SFAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181	IFO SFAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
182	IFO SFAMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183	IFO SFAMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
184	IFO SFAMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
185	IFO SFAMIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
186	IFO SFAMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
187	IFO SFAMIDUM	C41.1	ŻUCHWA
188	IFO SFAMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
189	IFO SFAMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
190	IFO SFAMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
191	IFO SFAMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
192	IFO SFAMIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
193	IFO SFAMIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
194	IFO SFAMIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
195	IFO SFAMIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
196	IFO SFAMIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	IFO SFAMIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
198	IFO SFAMIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	IFO SFAMIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	IFO SFAMIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	IFO SFAMIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	IFO SFAMIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	IFO SFAMIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	IFO SFAMIDUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
205	IFO SFAMIDUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
206	IFO SFAMIDUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
207	IFO SFAMIDUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
208	IFO SFAMIDUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	IFO SFAMIDUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	IFO SFAMIDUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	IFO SFAMIDUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
212	IFO SFAMIDUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	IFO SFAMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
214	IFO SFAMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	IFO SFAMIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	IFO SFAMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
217	IFO SFAMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	IFO SFAMIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	IFO SFAMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	IFO SFAMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
221	IFO SFAMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222	IFO SFAMIDUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	IFO SFAMIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
224	IFO SFAMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
225	IFO SFAMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
226	IFO SFAMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
227	IFO SFAMIDUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
228	IFO SFAMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
229	IFO SFAMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
230	IFO SFAMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
231	IFO SFAMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KŁATKI PIERSIOWEJ
232	IFO SFAMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
233	IFO SFAMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
234	IFO SFAMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
235	IFO SFAMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
236	IFO SFAMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
237	IFO SFAMIDUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
238	IFO SFAMIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
239	IFO SFAMIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
240	IFO SFAMIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241	IFO SFAMIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
242	IFO SFAMIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243	IFO SFAMIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
244	IFO SFAMIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
245	IFO SFAMIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
246	IFO SFAMIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
247	IFO SFAMIDUM	C51	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY SROMU
248	IFO SFAMIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
249	IFO SFAMIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
250	IFO SFAMIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
251	IFO SFAMIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
252	IFO SFAMIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
253	IFO SFAMIDUM	C52	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	IFO SFAMIDUM	C53	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
255	IFO SFAMIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
256	IFO SFAMIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
257	IFO SFAMIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
258	IFO SFAMIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
259	IFO SFAMIDUM	C54	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
260	IFO SFAMIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
261	IFO SFAMIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
262	IFO SFAMIDUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
263	IFO SFAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
264	IFO SFAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
265	IFO SFAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
266	IFO SFAMIDUM	C55	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	IFO SFAMIDUM	C56	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	IFO SFAMIDUM	C57	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	IFO SFAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	IFO SFAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	IFO SFAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁĘ MACICY
272	IFO SFAMIDUM	C57.3	PRZYMATICZA
273	IFO SFAMIDUM	C57.4	PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE
274	IFO SFAMIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
275	IFO SFAMIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
276	IFO SFAMIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
277	IFO SFAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	IFO SFAMIDUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	IFO SFAMIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	IFO SFAMIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	IFO SFAMIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	IFO SFAMIDUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	IFO SFAMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
284	IFO SFAMIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	IFO SFAMIDUM	C63.2	MOSZNA
286	IFO SFAMIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	IFO SFAMIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	IFO SFAMIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	IFO SFAMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	IFO SFAMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	IFO SFAMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	IFO SFAMIDUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	IFO SFAMIDUM	C67.0	TROJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	IFO SFAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	IFO SFAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
296	IFO SFAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	IFO SFAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	IFO SFAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	IFO SFAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	IFO SFAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
301	IFO SFAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	IFO SFAMIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	IFO SFAMIDUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	IFO SFAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	IFO SFAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	IFO SFAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	IFO SFAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	IFO SFAMIDUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	IFO SFAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
310	IFO SFAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
311	IFO SFAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
312	IFO SFAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	IFO SFAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	IFO SFAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	IFO SFAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
316	IFO SFAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	IFO SFAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	IFO SFAMIDUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	IFO SFAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	IFO SFAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321	IFO SFAMIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	IFO SFAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	IFO SFAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
324	IFO SFAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	IFO SFAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	IFO SFAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	IFO SFAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	IFO SFAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	IFO SFAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
330	IFO SFAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	IFO SFAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	IFO SFAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	IFO SFAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	IFO SFAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	IFO SFAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
336	IFO SFAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	IFO SFAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
338	IFO SFAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	IFO SFAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	IFO SFAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	IFO SFAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	IFO SFAMIDUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	IFO SFAMIDUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	IFO SFAMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY
345	IFO SFAMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	IFO SFAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
347	IFO SFAMIDUM	C75	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	IFO SFAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	IFO SFAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	IFO SFAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	IFO SFAMIDUM	C75.3	SZYSZYNK
352	IFO SFAMIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	IFO SFAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	IFO SFAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	IFO SFAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	IFO SFAMIDUM	C76	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	IFO SFAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	IFO SFAMIDUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
359	IFO SFAMIDUM	C76.2	BRZUCH
360	IFO SFAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
361	IFO SFAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	IFO SFAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	IFO SFAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	IFO SFAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	IFO SFAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	IFO SFAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	IFO SFAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
368	IFO SFAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	IFO SFAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYN GÓRNEJ I PACHY
370	IFO SFAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYN DOLNEJ I PACHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	IFO SFAMIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	IFO SFAMIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	IFO SFAMIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	IFO SFAMIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
375	IFO SFAMIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	IFO SFAMIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	IFO SFAMIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	IFO SFAMIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	IFO SFAMIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	IFO SFAMIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYT NICY
381	IFO SFAMIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	IFO SFAMIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	IFO SFAMIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	IFO SFAMIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	IFO SFAMIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	IFO SFAMIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	IFO SFAMIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	IFO SFAMIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	IFO SFAMIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	IFO SFAMIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	IFO SFAMIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	IFO SFAMIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	IFO SFAMIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	IFO SFAMIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	IFO SFAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
396	IFO SFAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	IFO SFAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	IFO SFAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	IFO SFAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	IFO SFAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	IFO SFAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	IFO SFAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	IFO SFAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	IFO SFAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	IFO SFAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	IFO SFAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	IFO SFAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	IFO SFAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	IFO SFAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
410	IFO SFAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE)
411	IFO SFAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
412	IFO SFAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANE)
413	IFO SFAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANE)
414	IFO SFAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANE)
415	IFO SFAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANE)
416	IFO SFAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
417	IFO SFAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	IFO SFAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	IFO SFAMIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	IFO SFAMIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421	IFO SFAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	IFO SFAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	IFO SFAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	IFO SFAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	IFO SFAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	IFO SFAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	IFO SFAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	IFO SFAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	IFO SFAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	IFO SFAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	IFO SFAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	IFO SFAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	IFO SFAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	IFO SFAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	IFO SFAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	IFO SFAMIDUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	IFO SFAMIDUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	IFO SFAMIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
439	IFO SFAMIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	IFO SFAMIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
441	IFO SFAMIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	IFO SFAMIDUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	IFO SFAMIDUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	IFO SFAMIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	IFO SFAMIDUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
446	IFO SFAMIDUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	IFO SFAMIDUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	IFO SFAMIDUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	IFO SFAMIDUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	IFO SFAMIDUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	IFO SFAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	IFO SFAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	IFO SFAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	IFO SFAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	IFO SFAMIDUM	C92.3	MIEŚSAK SZPIKOWY
456	IFO SFAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	IFO SFAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	IFO SFAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	IFO SFAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	IFO SFAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	IFO SFAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	IFO SFAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
463	IFO SFAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	IFO SFAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	IFO SFAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	IFO SFAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	IFO SFAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	IFO SFAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	IFO SFAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	IFO SFAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
471	IFO SFAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIANA
472	IFO SFAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	IFO SFAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	IFO SFAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	IFO SFAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	IFO SFAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	IFO SFAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	IFO SFAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	IFO SFAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	IFO SFAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	IFO SFAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	IFO SFAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	IFO SFAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	IFO SFAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	IFO SFAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
486	IFO SFAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	IFO SFAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	IFO SFAMIDUM	D01	RAKI IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	IFO SFAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
490	IFO SFAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	IFO SFAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
492	IFO SFAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	IFO SFAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	IFO SFAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
495	IFO SFAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	IFO SFAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	IFO SFAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
498	IFO SFAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	IFO SFAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
500	IFO SFAMIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	IFO SFAMIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	IFO SFAMIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	IFO SFAMIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	IFO SFAMIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	IFO SFAMIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	IFO SFAMIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	IFO SFAMIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	IFO SFAMIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
509	IFO SFAMIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	IFO SFAMIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	IFO SFAMIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	IFO SFAMIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	IFO SFAMIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	IFO SFAMIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	IFO SFAMIDUM	D07.1	SROM
516	IFO SFAMIDUM	D07.2	POCHWA
517	IFO SFAMIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	IFO SFAMIDUM	D07.4	PRĄCIE
519	IFO SFAMIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
520	IFO SFAMIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	IFO SFAMIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	IFO SFAMIDUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	IFO SFAMIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	IFO SFAMIDUM	D09.2	OKO
525	IFO SFAMIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	IFO SFAMIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	IFO SFAMIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	IFO SFAMIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	IFO SFAMIDUM	D10.0	WARGA
530	IFO SFAMIDUM	D10.1	JĘZYK
531	IFO SFAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	IFO SFAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
533	IFO SFAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
534	IFO SFAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	IFO SFAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	IFO SFAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	IFO SFAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	IFO SFAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	IFO SFAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	IFO SFAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	IFO SFAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	IFO SFAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	IFO SFAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	IFO SFAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
545	IFO SFAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	IFO SFAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	IFO SFAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	IFO SFAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	IFO SFAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	IFO SFAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	IFO SFAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
552	IFO SFAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	IFO SFAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	IFO SFAMIDUM	D13.0	PRZĘŁYK
555	IFO SFAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
556	IFO SFAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
557	IFO SFAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	IFO SFAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
559	IFO SFAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	IFO SFAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
561	IFO SFAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	IFO SFAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	IFO SFAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	IFO SFAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	IFO SFAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
566	IFO SFAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
567	IFO SFAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	IFO SFAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	IFO SFAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
570	IFO SFAMIDUM	D15.0	GRASICA
571	IFO SFAMIDUM	D15.1	SERCE
572	IFO SFAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	IFO SFAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	IFO SFAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	IFO SFAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	IFO SFAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	IFO SFAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	IFO SFAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
579	IFO SFAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	IFO SFAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	IFO SFAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
582	IFO SFAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	IFO SFAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	IFO SFAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	IFO SFAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	IFO SFAMIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
587	IFO SFAMIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
588	IFO SFAMIDUM	D20.1	OTRZEWNA
589	IFO SFAMIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
590	IFO SFAMIDUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
591	IFO SFAMIDUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
592	IFO SFAMIDUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
593	IFO SFAMIDUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
594	IFO SFAMIDUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
595	IFO SFAMIDUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
596	IFO SFAMIDUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
597	IFO SFAMIDUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
598	IFO SFAMIDUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
599	IFO SFAMIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
600	IFO SFAMIDUM	D28.0	SROM
601	IFO SFAMIDUM	D28.1	POCHWA
602	IFO SFAMIDUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
603	IFO SFAMIDUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
604	IFO SFAMIDUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
605	IFO SFAMIDUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
606	IFO SFAMIDUM	D29.0	PRĄCIE
607	IFO SFAMIDUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
608	IFO SFAMIDUM	D29.2	JĄDRO
609	IFO SFAMIDUM	D29.3	NAJĄDRZE
610	IFO SFAMIDUM	D29.4	MOSZNA
611	IFO SFAMIDUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
612	IFO SFAMIDUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
613	IFO SFAMIDUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
614	IFO SFAMIDUM	D30.0	NERKA
615	IFO SFAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
616	IFO SFAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
617	IFO SFAMIDUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
618	IFO SFAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	IFO SFAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
620	IFO SFAMIDUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	IFO SFAMIDUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	IFO SFAMIDUM	D31.0	SPOJÓWKA
623	IFO SFAMIDUM	D31.1	ROGÓWKA
624	IFO SFAMIDUM	D31.2	SIATKÓWKA
625	IFO SFAMIDUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	IFO SFAMIDUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	IFO SFAMIDUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	IFO SFAMIDUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	IFO SFAMIDUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	IFO SFAMIDUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	IFO SFAMIDUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	IFO SFAMIDUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	IFO SFAMIDUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	IFO SFAMIDUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	IFO SFAMIDUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	IFO SFAMIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	IFO SFAMIDUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	IFO SFAMIDUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	IFO SFAMIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	IFO SFAMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	IFO SFAMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	IFO SFAMIDUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	IFO SFAMIDUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	IFO SFAMIDUM	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645	IFO SFAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
646	IFO SFAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
647	IFO SFAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
648	IFO SFAMIDUM	D35.4	SZYSZYŃKA
649	IFO SFAMIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
650	IFO SFAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
651	IFO SFAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
652	IFO SFAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
653	IFO SFAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
654	IFO SFAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
655	IFO SFAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
656	IFO SFAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
657	IFO SFAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
658	IFO SFAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
659	IFO SFAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
660	IFO SFAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
661	IFO SFAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
662	IFO SFAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
663	IFO SFAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
664	IFO SFAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
665	IFO SFAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
666	IFO SFAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
667	IFO SFAMIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
668	IFO SFAMIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
669	IFO SFAMIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	IFO SFAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
671	IFO SFAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
672	IFO SFAMIDUM	D38.2	OPŁUCNA
673	IFO SFAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
674	IFO SFAMIDUM	D38.4	GRASICA
675	IFO SFAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
676	IFO SFAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
677	IFO SFAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
678	IFO SFAMIDUM	D39.0	MACICA
679	IFO SFAMIDUM	D39.1	JAJNIK
680	IFO SFAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
681	IFO SFAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
682	IFO SFAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
683	IFO SFAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
684	IFO SFAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
685	IFO SFAMIDUM	D40.1	JĄDRO
686	IFO SFAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
687	IFO SFAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
688	IFO SFAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
689	IFO SFAMIDUM	D41.0	NERKA
690	IFO SFAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
691	IFO SFAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
692	IFO SFAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
693	IFO SFAMIDUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
694	IFO SFAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	IFO SFAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
696	IFO SFAMIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
697	IFO SFAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
698	IFO SFAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
699	IFO SFAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
700	IFO SFAMIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
701	IFO SFAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
702	IFO SFAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
703	IFO SFAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
704	IFO SFAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
705	IFO SFAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
706	IFO SFAMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
707	IFO SFAMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
708	IFO SFAMIDUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
709	IFO SFAMIDUM	D44.0	TARCZYCA
710	IFO SFAMIDUM	D44.1	NADNERCZA
711	IFO SFAMIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
712	IFO SFAMIDUM	D44.3	PRZYSADKA
713	IFO SFAMIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
714	IFO SFAMIDUM	D44.5	SZYSZYŃKA
715	IFO SFAMIDUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
716	IFO SFAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
717	IFO SFAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
718	IFO SFAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
719	IFO SFAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720	IFO SFAMIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	IFO SFAMIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
722	IFO SFAMIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	IFO SFAMIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	IFO SFAMIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	IFO SFAMIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	IFO SFAMIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
727	IFO SFAMIDUM	D48.4	OTRZEWNA
728	IFO SFAMIDUM	D48.5	SKÓRA
729	IFO SFAMIDUM	D48.6	SUTĘK
730	IFO SFAMIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	IFO SFAMIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	IFO SFAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANS A NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	IFO SFAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	IFO SFAMIDUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
735	IFO SFAMIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	IFO SFAMIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	IFO SFAMIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	IFO SFAMIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	IFO SFAMIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
740	IFO SFAMIDUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	IFO SFAMIDUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.35.

IRINOTECANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IRINOTECANUM	C15	RAK PRZĘŁYKU
2.	IRINOTECANUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	IRINOTECANUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	IRINOTECANUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	IRINOTECANUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	IRINOTECANUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	IRINOTECANUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
8.	IRINOTECANUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
9.	IRINOTECANUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚŁONY
10.	IRINOTECANUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	IRINOTECANUM	C16.0	WPUST
12.	IRINOTECANUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	IRINOTECANUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	IRINOTECANUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	IRINOTECANUM	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	IRINOTECANUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	IRINOTECANUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	IRINOTECANUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	IRINOTECANUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚŁONY
20.	IRINOTECANUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	IRINOTECANUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	IRINOTECANUM	C17.1	JELITO CZCZE
23.	IRINOTECANUM	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	IRINOTECANUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	IRINOTECANUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELIT A CIENKIEGO
26.	IRINOTECANUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	IRINOTECANUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELIT A GRUBEGO
28.	IRINOTECANUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	IRINOTECANUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	IRINOTECANUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	IRINOTECANUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	IRINOTECANUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	IRINOTECANUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	IRINOTECANUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	IRINOTECANUM	C18.7	ESICA
36.	IRINOTECANUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	IRINOTECANUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	IRINOTECANUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	IRINOTECANUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	IRINOTECANUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
41.	IRINOTECANUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
42.	IRINOTECANUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
43.	IRINOTECANUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
44.	IRINOTECANUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
45.	IRINOTECANUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
46.	IRINOTECANUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
47.	IRINOTECANUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48.	IRINOTECANUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
49.	IRINOTECANUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
50.	IRINOTECANUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
51.	IRINOTECANUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
52.	IRINOTECANUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
53.	IRINOTECANUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
54.	IRINOTECANUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
55.	IRINOTECANUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
56.	IRINOTECANUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
57.	IRINOTECANUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
58.	IRINOTECANUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
59.	IRINOTECANUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
60.	IRINOTECANUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
61.	IRINOTECANUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
62.	IRINOTECANUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
63.	IRINOTECANUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
64.	IRINOTECANUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
65.	IRINOTECANUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
66.	IRINOTECANUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
67.	IRINOTECANUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
68.	IRINOTECANUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
69.	IRINOTECANUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
70.	IRINOTECANUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
71.	IRINOTECANUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
72.	IRINOTECANUM	C41.1	ŻUCHWA
73.	IRINOTECANUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	IRINOTECANUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
75.	IRINOTECANUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
76.	IRINOTECANUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
77.	IRINOTECANUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
78.	IRINOTECANUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
79.	IRINOTECANUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
80.	IRINOTECANUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
81.	IRINOTECANUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
82.	IRINOTECANUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
83.	IRINOTECANUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
84.	IRINOTECANUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
85.	IRINOTECANUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
86.	IRINOTECANUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
87.	IRINOTECANUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
88.	IRINOTECANUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
89.	IRINOTECANUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
90.	IRINOTECANUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
91.	IRINOTECANUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
92.	IRINOTECANUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
93.	IRINOTECANUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
94.	IRINOTECANUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
95.	IRINOTECANUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
96.	IRINOTECANUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	IRINOTECANUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	IRINOTECANUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	IRINOTECANUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
100.	IRINOTECANUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
101.	IRINOTECANUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
102.	IRINOTECANUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
103.	IRINOTECANUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
104.	IRINOTECANUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
105.	IRINOTECANUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
106.	IRINOTECANUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
107.	IRINOTECANUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
108.	IRINOTECANUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
109.	IRINOTECANUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
110.	IRINOTECANUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
111.	IRINOTECANUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
112.	IRINOTECANUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
113.	IRINOTECANUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
114.	IRINOTECANUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
115.	IRINOTECANUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
116.	IRINOTECANUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
117.	IRINOTECANUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	IRINOTECANUM	C67.7	MOCZOWNIK
119.	IRINOTECANUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
120.	IRINOTECANUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	IRINOTECANUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	IRINOTECANUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
123.	IRINOTECANUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
124.	IRINOTECANUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
125.	IRINOTECANUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
126.	IRINOTECANUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
127.	IRINOTECANUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
128.	IRINOTECANUM	C71.6	MÓZDŻEK
129.	IRINOTECANUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	IRINOTECANUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	IRINOTECANUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	IRINOTECANUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	IRINOTECANUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	IRINOTECANUM	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	IRINOTECANUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	IRINOTECANUM	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	IRINOTECANUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	IRINOTECANUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	IRINOTECANUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	IRINOTECANUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.a.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C15	RAK PRZELYKU
2.	LANREOTIDUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU
3.	LANREOTIDUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU
4.	LANREOTIDUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU
5.	LANREOTIDUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
6.	LANREOTIDUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
7.	LANREOTIDUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
8.	LANREOTIDUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU
9.	LANREOTIDUM	C15.9	PRZELYK, NIEOKREŚLONY
10.	LANREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	LANREOTIDUM	C16.0	WPUST
12.	LANREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	LANREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	LANREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŻWIERNIKA
15.	LANREOTIDUM	C16.4	ODŻWIERNIK
16.	LANREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	LANREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	LANREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	LANREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	LANREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	LANREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
22.	LANREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	LANREO TIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	LANREO TIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	LANREO TIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	LANREO TIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	LANREO TIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	LANREO TIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	LANREO TIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	LANREO TIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	LANREO TIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	LANREO TIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	LANREO TIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	LANREO TIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	LANREO TIDUM	C18.7	ESICA
36.	LANREO TIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	LANREO TIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	LANREO TIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	LANREO TIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	LANREO TIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	LANREO TIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	LANREO TIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	LANREO TIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	LANREO TIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	LANREO TIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	LANREO TIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	LANREO TIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	LANREO TIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	LANREO TIDUM	C26	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	LANREO TIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	LANREO TIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	LANREO TIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	LANREO TIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	LANREO TIDUM	C34	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	LANREO TIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	LANREO TIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	LANREO TIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	LANREO TIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	LANREO TIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	LANREO TIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	LANREO TIDUM	C75	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	LANREO TIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	LANREO TIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	LANREO TIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	LANREO TIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
66.	LANREO TIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	LANREO TIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
68.	LANREO TIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	LANREO TIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	LANREO TIDUM	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	LANREO TIDUM	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	LANREO TIDUM	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	LANREO TIDUM	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZ WYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszyńki i progerii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	LANREO TIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.b.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia

Załącznik C.39.

MELPHALANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MELPHALANUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	MELPHALANUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	MELPHALANUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	MELPHALANUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	MELPHALANUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	MELPHALANUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	MELPHALANUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	MELPHALANUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	MELPHALANUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	MELPHALANUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	MELPHALANUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	MELPHALANUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
13.	MELPHALANUM	C81	CHOROBA HODGKINA
14.	MELPHALANUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
15.	MELPHALANUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
16.	MELPHALANUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
17.	MELPHALANUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
18.	MELPHALANUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
19.	MELPHALANUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
20.	MELPHALANUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
21.	MELPHALANUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	MELPHALANUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	MELPHALANUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	MELPHALANUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	MELPHALANUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	MELPHALANUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	MELPHALANUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	MELPHALANUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	MELPHALANUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	MELPHALANUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	MELPHALANUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	MELPHALANUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	MELPHALANUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	MELPHALANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
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 PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
52.	MELPHALANUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	MELPHALANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	MELPHALANUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	MELPHALANUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
56.	MELPHALANUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	MELPHALANUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	MELPHALANUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	MELPHALANUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	MELPHALANUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
61.	MELPHALANUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
62.	MELPHALANUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.40.

MERCAPTOPURINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MERCAPTOPURINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	MERCAPTOPURINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	MERCAPTOPURINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	MERCAPTOPURINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	MERCAPTOPURINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	MERCAPTOPURINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7.	MERCAPTOPURINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	MERCAPTOPURINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	MERCAPTOPURINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	MERCAPTOPURINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	MERCAPTOPURINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	MERCAPTOPURINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	MERCAPTOPURINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	MERCAPTOPURINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	MERCAPTOPURINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (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) BURKITT
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	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
34.	MERCAPTOPURINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	MERCAPTOPURINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	MERCAPTOPURINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	MERCAPTOPURINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38.	MERCAPTOPURINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39.	MERCAPTOPURINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40.	MERCAPTOPURINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41.	MERCAPTOPURINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42.	MERCAPTOPURINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
43.	MERCAPTOPURINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44.	MERCAPTOPURINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
45.	MERCAPTOPURINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	MERCAPTO PURINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
47.	MERCAPTO PURINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48.	MERCAPTO PURINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
49.	MERCAPTO PURINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
50.	MERCAPTO PURINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
51.	MERCAPTO PURINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
52.	MERCAPTO PURINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
53.	MERCAPTO PURINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
54.	MERCAPTO PURINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
55.	MERCAPTO PURINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56.	MERCAPTO PURINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57.	MERCAPTO PURINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
58.	MERCAPTO PURINUM	C92.3	MIEŚAK SZPIKOWY
59.	MERCAPTO PURINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
60.	MERCAPTO PURINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
61.	MERCAPTO PURINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
62.	MERCAPTO PURINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
63.	MERCAPTO PURINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64.	MERCAPTO PURINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65.	MERCAPTO PURINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66.	MERCAPTO PURINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67.	MERCAPTO PURINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
68.	MERCAPTO PURINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
69.	MERCAPTO PURINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
70.	MERCAPTO PURINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
71.	MERCAPTO PURINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
72.	MERCAPTO PURINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
73.	MERCAPTO PURINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
74.	MERCAPTO PURINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
75.	MERCAPTO PURINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
76.	MERCAPTO PURINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
77.	MERCAPTO PURINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78.	MERCAPTO PURINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79.	MERCAPTO PURINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80.	MERCAPTO PURINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81.	MERCAPTO PURINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	MERCAPTO PURINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
83.	MERCAPTO PURINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
84.	MERCAPTO PURINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
85.	MERCAPTO PURINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
86.	MERCAPTO PURINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
87.	MERCAPTO PURINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
88.	MERCAPTO PURINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
89.	MERCAPTO PURINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
90.	MERCAPTO PURINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
91.	MERCAPTO PURINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
92.	MERCAPTO PURINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
93.	MERCAPTO PURINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
94.	MERCAPTO PURINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
95.	MERCAPTO PURINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
96.	MERCAPTO PURINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
97.	MERCAPTO PURINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
98.	MERCAPTO PURINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
99.	MERCAPTO PURINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
100.	MERCAPTO PURINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
101.	MERCAPTO PURINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
102.	MERCAPTO PURINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTĄĆ NIE-NEUROPATYCZNA
103.	MERCAPTO PURINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTĄĆ NEUROPATYCZNA
104.	MERCAPTO PURINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
105.	MERCAPTO PURINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
106.	MERCAPTO PURINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
107.	MERCAPTO PURINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
108.	MERCAPTO PURINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.41.

METHOTREXATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MEIHO TREXATUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	MEIHO TREXATUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	MEIHO TREXATUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	MEIHO TREXATUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	MEIHO TREXATUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	MEIHO TREXATUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	MEIHO TREXATUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	MEIHO TREXATUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	MEIHO TREXATUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	MEIHO TREXATUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	MEIHO TREXATUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	MEIHO TREXATUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	MEIHO TREXATUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	MEIHO TREXATUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	MEIHO TREXATUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	MEIHO TREXATUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	MEIHO TREXATUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	MEIHO TREXATUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	MEIHO TREXATUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	MEIHO TREXATUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	MEIHO TREXATUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	MEIHO TREXATUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	MEIHO TREXATUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	MEIHO TREXATUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	MEIHO TREXATUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	MEIHO TREXATUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	MEIHO TREXATUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	MEIHO TREXATUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	MEIHO TREXATUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	MEIHO TREXATUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	MEIHO TREXATUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	MEIHO TREXATUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	MEIHO TREXATUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	MEIHO TREXATUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	MEIHO TREXATUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	MEIHO TREXATUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	MEIHO TREXATUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	MEIHO TREXATUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	MEIHO TREXATUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	MEIHO TREXATUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	MEIHO TREXATUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	MEIHO TREXATUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	MEIHO TREXATUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	MEIHO TREXATUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	MEIHO TREXATUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	MEIHO TREXATUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	MEIHO TREXATUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	MEIHO TREXATUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	MEIHO TREXATUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	MEIHO TREXATUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	MEIHO TREXATUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	MEIHO TREXATUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	MEIHO TREXATUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	MEIHO TREXATUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	MEIHO TREXATUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	MEIHO TREXATUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	MEIHO TREXATUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	MEIHO TREXATUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	MEIHO TREXATUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	MEIHO TREXATUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	MEIHO TREXATUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	MEIHO TREXATUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	MEIHO TREXATUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	MEIHO TREXATUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	MEIHO TREXATUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	MEIHO TREXATUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	MEIHO TREXATUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	MEIHO TREXATUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	MEIHO TREXATUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCENIOWATEJ
70.	MEIHO TREXATUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	MEIHO TREXATUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	MEIHO TREXATUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	MEIHO TREXATUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	MEIHO TREXATUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	MEIHO TREXATUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	MEIHO TREXATUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	MEIHO TREXATUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	MEIHO TREXATUM	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	MEIHO TREXATUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	MEIHO TREXATUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	MEIHO TREXATUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	MEIHO TREXATUM	C31.1	KOMÓRKI SIOWE
83.	MEIHO TREXATUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	MEIHO TREXATUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	MEIHO TREXATUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	MEIHO TREXATUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	MEIHO TREXATUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	MEIHO TREXATUM	C32.0	GŁOŚNIA
89.	MEIHO TREXATUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	MEIHO TREXATUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	MEIHO TREXATUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	MEIHO TREXATUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	MEIHO TREXATUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	MEIHO TREXATUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	MEIHO TREXATUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	MEIHO TREXATUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	MEIHO TREXATUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	MEIHO TREXATUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	MEIHO TREXATUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	MEIHO TREXATUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	MEIHO TREXATUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
102.	MEIHO TREXATUM	C38.0	SERCE
103.	MEIHO TREXATUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	MEIHO TREXATUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
105.	MEIHO TREXATUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	MEIHO TREXATUM	C38.4	OPŁUCNA
107.	MEIHO TREXATUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
108.	MEIHO TREXATUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
109.	MEIHO TREXATUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	MEIHO TREXATUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
111.	MEIHO TREXATUM	C39.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	MEIHO TREXATUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	MEIHO TREXATUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	MEIHO TREXATUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	MEIHO TREXATUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	MEIHO TREXATUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	MEIHO TREXATUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	MEIHO TREXATUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	MEIHO TREXATUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
120.	MEIHO TREXATUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	MEIHO TREXATUM	C41.1	ŻUCHWA
122.	MEIHO TREXATUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	MEIHO TREXATUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	MEIHO TREXATUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	MEIHO TREXATUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	MEIHO TREXATUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	MEIHO TREXATUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	MEIHO TREXATUM	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	MEIHO TREXATUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	MEIHO TREXATUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	MEIHO TREXATUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	MEIHO TREXATUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	MEIHO TREXATUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	MEIHO TREXATUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	MEIHO TREXATUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	MEIHO TREXATUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	MEIHO TREXATUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	MEIHO TREXATUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	MEIHO TREXATUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	MEIHO TREXATUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	MEIHO TREXATUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	MEIHO TREXATUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	MEIHO TREXATUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	MEIHO TREXATUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
145.	MEIHO TREXATUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	MEIHO TREXATUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	MEIHO TREXATUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	MEIHO TREXATUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	MEIHO TREXATUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	MEIHO TREXATUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	MEIHO TREXATUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	MEIHO TREXATUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	MEIHO TREXATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	MEIHO TREXATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	MEIHO TREXATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	MEIHO TREXATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	MEIHO TREXATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	MEIHO TREXATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	MEIHO TREXATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	MEIHO TREXATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	MEIHO TREXATUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	MEIHO TREXATUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	MEIHO TREXATUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	MEIHO TREXATUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	MEIHO TREXATUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	MEIHO TREXATUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	MEIHO TREXATUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	MEIHO TREXATUM	C57.3	PRZYMACICZA
169.	MEIHO TREXATUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	MEIHO TREXATUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	MEIHO TREXATUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	MEIHO TREXATUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	MEIHO TREXATUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	MEIHO TREXATUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	MEIHO TREXATUM	C60.0	NAPLETEK
176.	MEIHO TREXATUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	MEIHO TREXATUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	MEIHO TREXATUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	MEIHO TREXATUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	MEIHO TREXATUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	MEIHO TREXATUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	MEIHO TREXATUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	MEIHO TREXATUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	MEIHO TREXATUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	MEIHO TREXATUM	C63.0	NAJĄDRZE
186.	MEIHO TREXATUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	MEIHO TREXATUM	C63.2	MOSZNA
188.	MEIHO TREXATUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	MEIHO TREXATUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	MEIHO TREXATUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	MEIHO TREXATUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	MEIHO TREXATUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
193.	MEIHO TREXATUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
194.	MEIHO TREXATUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	MEIHO TREXATUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	MEIHO TREXATUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	MEIHO TREXATUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	MEIHO TREXATUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	MEIHO TREXATUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	MEIHO TREXATUM	C67.7	MOCZOWNIK
201.	MEIHO TREXATUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	MEIHO TREXATUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	MEIHO TREXATUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	MEIHO TREXATUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	MEIHO TREXATUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	MEIHO TREXATUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	MEIHO TREXATUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	MEIHO TREXATUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	MEIHO TREXATUM	C71.6	MÓZDŻEK
210.	MEIHO TREXATUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	MEIHO TREXATUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	MEIHO TREXATUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	MEIHO TREXATUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	MEIHO TREXATUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	MEIHO TREXATUM	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	MEIHO TREXATUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	MEIHO TREXATUM	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	MEIHO TREXATUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	MEIHO TREXATUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	MEIHO TREXATUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	MEIHO TREXATUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	MEIHO TREXATUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
223.	MEIHO TREXATUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	MEIHO TREXATUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	MEIHO TREXATUM	C76.2	BRZUCH
226.	MEIHO TREXATUM	C76.3	MIEDNICA
227.	MEIHO TREXATUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	MEIHO TREXATUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	MEIHO TREXATUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	MEIHO TREXATUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
231.	MEIHO TREXATUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
232.	MEIHO TREXATUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	MEIHO TREXATUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	MEIHO TREXATUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	MEIHO TREXATUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	MEIHO TREXATUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	MEIHO TREXATUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	MEIHO TREXATUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	MEIHO TREXATUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	MEIHO TREXATUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
241.	MEIHO TREXATUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	MEIHO TREXATUM	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	MEIHO TREXATUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	MEIHO TREXATUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	MEIHO TREXATUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	MEIHO TREXATUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	MEIHO TREXATUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	MEIHO TREXATUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	MEIHO TREXATUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	MEIHO TREXATUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	MEIHO TREXATUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	MEIHO TREXATUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	MEIHO TREXATUM	C82.7	INNE POST ACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
254.	MEIHO TREXATUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
255.	MEIHO TREXATUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
256.	MEIHO TREXATUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
257.	MEIHO TREXATUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
258.	MEIHO TREXATUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
259.	MEIHO TREXATUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
260.	MEIHO TREXATUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
261.	MEIHO TREXATUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
262.	MEIHO TREXATUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
263.	MEIHO TREXATUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
264.	MEIHO TREXATUM	C83.8	INNE POST ACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
265.	MEIHO TREXATUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
266.	MEIHO TREXATUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
267.	MEIHO TREXATUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
268.	MEIHO TREXATUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
269.	MEIHO TREXATUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
270.	MEIHO TREXATUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
271.	MEIHO TREXATUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
272.	MEIHO TREXATUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
273.	MEIHO TREXATUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
274.	MEIHO TREXATUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
275.	MEIHO TREXATUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
276.	MEIHO TREXATUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
277.	MEIHO TREXATUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
278.	MEIHO TREXATUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
279.	MEIHO TREXATUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
280.	MEIHO TREXATUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	MEIHO TREXATUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	MEIHO TREXATUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	MEIHO TREXATUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	MEIHO TREXATUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	MEIHO TREXATUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
286.	MEIHO TREXATUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	MEIHO TREXATUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
288.	MEIHO TREXATUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	MEIHO TREXATUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	MEIHO TREXATUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	MEIHO TREXATUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	MEIHO TREXATUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
293.	MEIHO TREXATUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	MEIHO TREXATUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	MEIHO TREXATUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	MEIHO TREXATUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	MEIHO TREXATUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	MEIHO TREXATUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	MEIHO TREXATUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	MEIHO TREXATUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	MEIHO TREXATUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	MEIHO TREXATUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	MEIHO TREXATUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	MEIHO TREXATUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	MEIHO TREXATUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	MEIHO TREXATUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	MEIHO TREXATUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	MEIHO TREXATUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	MEIHO TREXATUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	MEIHO TREXATUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	MEIHO TREXATUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	MEIHO TREXATUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	MEIHO TREXATUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	MEIHO TREXATUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	MEIHO TREXATUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	MEIHO TREXATUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	MEIHO TREXATUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	MEIHO TREXATUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	MEIHO TREXATUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	MEIHO TREXATUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	MEIHO TREXATUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	MEIHO TREXATUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	MEIHO TREXATUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	MEIHO TREXATUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	MEIHO TREXATUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	MEIHO TREXATUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	MEIHO TREXATUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	MEIHO TREXATUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	MEIHO TREXATUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	MEIHO TREXATUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	MEIHO TREXATUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	MEIHO TREXATUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	MEIHO TREXATUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	MEIHO TREXATUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	MEIHO TREXATUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	MEIHO TREXATUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	MEIHO TREXATUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	MEIHO TREXATUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	MEIHO TREXATUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	MEIHO TREXATUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	MEIHO TREXATUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
342.	MEIHO TREXATUM	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	MEIHO TREXATUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	MEIHO TREXATUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	MEIHO TREXATUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
346.	MEIHO TREXATUM	D39.0	MACICA
347.	MEIHO TREXATUM	D39.1	JAJNIK
348.	MEIHO TREXATUM	D39.2	CIAŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA
349.	MEIHO TREXATUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
350.	MEIHO TREXATUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
351.	MEIHO TREXATUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
352.	MEIHO TREXATUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
353.	MEIHO TREXATUM	D40.1	JĄDRO
354.	MEIHO TREXATUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
355.	MEIHO TREXATUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
356.	MEIHO TREXATUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
357.	MEIHO TREXATUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
358.	MEIHO TREXATUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
359.	MEIHO TREXATUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
360.	MEIHO TREXATUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
361.	MEIHO TREXATUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
362.	MEIHO TREXATUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
363.	MEIHO TREXATUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
364.	MEIHO TREXATUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
365.	MEIHO TREXATUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
366.	MEIHO TREXATUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
367.	MEIHO TREXATUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368.	MEIHO TREXATUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
369.	MEIHO TREXATUM	D44.5	SZYSZYŃKA
370.	MEIHO TREXATUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
371.	MEIHO TREXATUM	D46	ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE
372.	MEIHO TREXATUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	MEIHO TREXATUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	MEIHO TREXATUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
375.	MEIHO TREXATUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
376.	MEIHO TREXATUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	MEIHO TREXATUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE
378.	MEIHO TREXATUM	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	MEIHO TREXATUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	MEIHO TREXATUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	MEIHO TREXATUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
382.	MEIHO TREXATUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
383.	MEIHO TREXATUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
384.	MEIHO TREXATUM	D48.4	OTRZEWNA
385.	MEIHO TREXATUM	D48.5	SKÓRA
386.	MEIHO TREXATUM	D48.6	SUTĘK
387.	MEIHO TREXATUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
388.	MEIHO TREXATUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	MEIHO TREXATUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDEJ
390.	MEIHO TREXATUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	MEIHO TREXATUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	MEIHO TREXATUM	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	MEIHO TREXATUM	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	MEIHO TREXATUM	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	MEIHO TREXATUM	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	MEIHO TREXATUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
397.	MEIHO TREXATUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	MEIHO TREXATUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	MEIHO TREXATUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	MEIHO TREXATUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	MEIHO TREXATUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
402.	MEIHO TREXATUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	MEIHO TREXATUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.43.

MITOTANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MITO TANUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	MITO TANUM	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	MITO TANUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	MITO TANUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	MITO TANUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	MITO TANUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	MITO TANUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	MITO TANUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	MITO TANUM	C75.3	SZYSZYŃKA
10.	MITO TANUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	MITO TANUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
12.	MITO TANUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	MITO TANUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.45.a.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	OCTREOTIDUM	C16.0	WPUST
3.	OCTREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	OCTREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	OCTREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	OCTREOTIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	OCTREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	OCTREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	OCTREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	OCTREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	OCTREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	OCTREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	OCTREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	OCTREOTIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	OCTREOTIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	OCTREOTIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	OCTREOTIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	OCTREOTIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	OCTREOTIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	OCTREOTIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	OCTREOTIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	OCTREOTIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	OCTREOTIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	OCTREOTIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	OCTREOTIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	OCTREOTIDUM	C18.7	ESICA
27.	OCTREOTIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	OCTREOTIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	OCTREOTIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	OCTREOTIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	OCTREOTIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	OCTREOTIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	OCTREOTIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	OCTREOTIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	OCTREOTIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	OCTREOTIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	OCTREOTIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
38.	OCTREOTIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	OCTREOTIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	OCTREOTIDUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	OCTREOTIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	OCTREOTIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	OCTREOTIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	OCTREOTIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
45.	OCTREOTIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	OCTREOTIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	OCTREOTIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	OCTREOTIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	OCTREOTIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	OCTREOTIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	OCTREOTIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	OCTREOTIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	OCTREOTIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	OCTREOTIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	OCTREOTIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	OCTREOTIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
57.	OCTREOTIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
58.	OCTREOTIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
59.	OCTREOTIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
60.	OCTREOTIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
61.	OCTREOTIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
62.	OCTREOTIDUM	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
63.	OCTREOTIDUM	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
64.	OCTREOTIDUM	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
65.	OCTREOTIDUM	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszyńki i progerii</i>
66.	OCTREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTREOTIDUM	D44.3	PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma

Załącznik C.46.

OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	O XALIPLATINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	O XALIPLATINUM	C16.0	WPUST
3.	O XALIPLATINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	O XALIPLATINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	O XALIPLATINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	O XALIPLATINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	O XALIPLATINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	O XALIPLATINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	O XALIPLATINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	O XALIPLATINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	O XALIPLATINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	O XALIPLATINUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	O XALIPLATINUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	O XALIPLATINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	O XALIPLATINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	O XALIPLATINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	O XALIPLATINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	O XALIPLATINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	O XALIPLATINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	O XALIPLATINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	O XALIPLATINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	O XALIPLATINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	O XALIPLATINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	O XALIPLATINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	O XALIPLATINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	O XALIPLATINUM	C18.7	ESICA
27.	O XALIPLATINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	O XALIPLATINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	O XALIPLATINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	O XALIPLATINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	O XALIPLATINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	O XALIPLATINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	O XALIPLATINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	O XALIPLATINUM	C21.2	STREFA KŁOAKOGENNA
35.	O XALIPLATINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	O XALIPLATINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	O XALIPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	O XALIPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	O XALIPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	O XALIPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	O XALIPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	O XALIPLATINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	O XALIPLATINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	O XALIPLATINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	O XALIPLATINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	O XALIPLATINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	O XALIPLATINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	O XALIPLATINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.46.b.

OXALIPLATIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OXALIPLATIN	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU
2.	OXALIPLATIN	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	OXALIPLATIN	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
4.	OXALIPLATIN	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
5.	OXALIPLATIN	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
6.	OXALIPLATIN	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
7.	OXALIPLATIN	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
8.	OXALIPLATIN	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
9.	OXALIPLATIN	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
10.	OXALIPLATIN	C81	CHOROBA HODGKINA
11.	OXALIPLATIN	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
12.	OXALIPLATIN	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
13.	OXALIPLATIN	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
14.	OXALIPLATIN	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
15.	OXALIPLATIN	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
16.	OXALIPLATIN	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
17.	OXALIPLATIN	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
18.	OXALIPLATIN	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
19.	OXALIPLATIN	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
20.	OXALIPLATIN	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	Oxaliplatin	C82.7	inne postacie chłoniaka nieziarniczego guzkowego
22.	Oxaliplatin	C82.9	chłoniak nieziarniczy, nieokreślony
23.	Oxaliplatin	C83	chłoniaki nieziarnicze rozlane
24.	Oxaliplatin	C83.0	z małych komórek (rozlany)
25.	Oxaliplatin	C83.1	z małych wpuklonych (szczelinowatych = cleaved) komórek (rozlany)
26.	Oxaliplatin	C83.2	mieszany z dużych i małych komórek (rozlany)
27.	Oxaliplatin	C83.3	wielkomórkowy (rozlany)
28.	Oxaliplatin	C83.4	immunoblastyczny (rozlany)
29.	Oxaliplatin	C83.5	limfoblastyczny (rozlany)
30.	Oxaliplatin	C83.6	niezróżnicowany (rozlany)
31.	Oxaliplatin	C83.7	guz (chłoniak) Burkitta
32.	Oxaliplatin	C83.9	rozlany chłoniak nieziarniczy, nieokreślony
33.	Oxaliplatin	C84	obwodowy i skórny chłoniak z komórek T
34.	Oxaliplatin	C84.0	ziarniniak grzybiasty
35.	Oxaliplatin	C84.1	choroba Sezary'ego
36.	Oxaliplatin	C84.2	chłoniak strefy T
37.	Oxaliplatin	C84.3	chłoniak limfoepitelioidalny
38.	Oxaliplatin	C84.4	obwodowy chłoniak z komórek T
39.	Oxaliplatin	C84.5	inne i nieokreślone chłoniaki T
40.	Oxaliplatin	C85	inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych
41.	Oxaliplatin	C85.0	mięsak limfatyczny
42.	Oxaliplatin	C85.1	chłoniak z komórek B, nieokreślony
43.	Oxaliplatin	C85.7	inne określone postacie chłoniaka nieziarniczego

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	OXALIPLATIN	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
45.	OXALIPLATIN	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
46.	OXALIPLATIN	C88.4	CHŁONIAK TYPU MALT

Załącznik C.47.

PACLITAXEL

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PACLITAXEL	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	PACLITAXEL	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	PACLITAXEL	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	PACLITAXEL	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	PACLITAXEL	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	PACLITAXEL	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	PACLITAXEL	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	PACLITAXEL	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	PACLITAXEL	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	PACLITAXEL	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	PACLITAXEL	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	PACLITAXEL	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	PACLITAXEL	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO
14.	PACLITAXEL	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	PACLITAXEL	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	PACLITAXEL	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	PACLITAXEL	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w pierwszej i drugiej linii leczenia</i>
18.	PACLITAXEL	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
19.	PACLITAXEL	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	PACLITAXEL	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
21.	PACLITAXEL	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
22.	PACLITAXEL	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
23.	PACLITAXEL	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
24.	PACLITAXEL	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
25.	PACLITAXEL	C46	MIĘSAK KAPOS' EGO
26.	PACLITAXEL	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
27.	PACLITAXEL	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
28.	PACLITAXEL	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
29.	PACLITAXEL	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
30.	PACLITAXEL	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
31.	PACLITAXEL	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	PACLITAXEL	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
33.	PACLITAXEL	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
34.	PACLITAXEL	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
35.	PACLITAXEL	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
36.	PACLITAXEL	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
37.	PACLITAXEL	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
38.	PACLITAXEL	D39.2	CIAŻOWA CHOROBA TROFOBlastyczna

Załącznik C.48.

PEGASPARGASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PEGASPARGASUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	PEGASPARGASUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	PEGASPARGASUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	PEGASPARGASUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	PEGASPARGASUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	PEGASPARGASUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	PEGASPARGASUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	PEGASPARGASUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	PEGASPARGASUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	PEGASPARGASUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	PEGASPARGASUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	PEGASPARGASUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	PEGASPARGASUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	PEGASPARGASUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	PEGASPARGASUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITA
16.	PEGASPARGASUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	PEGASPARGASUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	PEGASPARGASUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	PEGASPARGASUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	PEGASPARGASUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	PEGASPARGASUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	PEGASPARGASUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	PEGASPARGASUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	PEGASPARGASUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	PEGASPARGASUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	PEGASPARGASUM	C85.0	MIEŚSAK 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 DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PEMETREKSED	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:</i> 1) gruczolakoraka płuca lub 2) wielkokomórkowego raka płuca lub 3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych lub 4) niedrobnokomórkowego raka płuca nieokreślonego (NOS – not otherwise specified)
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 WALDENSTROMA
21.	RITUXIMABUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	RITUXIMABUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	RITUXIMABUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	RITUXIMABUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	RITUXIMABUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	RITUXIMABUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	RITUXIMABUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	RITUXIMABUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	RITUXIMABUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	RITUXIMABUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	RITUXIMABUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

TAMOXIFENUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TAMO XIFENUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	TAMO XIFENUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	TAMO XIFENUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	TAMO XIFENUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	TAMO XIFENUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	TAMO XIFENUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	TAMO XIFENUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	TAMO XIFENUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	TAMO XIFENUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	TAMO XIFENUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	TAMO XIFENUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	TAMO XIFENUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	TAMO XIFENUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	TAMO XIFENUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	TAMO XIFENUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	TAMO XIFENUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	TAMO XIFENUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	TAMO XIFENUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	TAMO XIFENUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	TAMO XIFENUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	TAMO XIFENUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	TAMO XIFENUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	TAMO XIFENUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	TAMO XIFENUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	TAMO XIFENUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	TAMO XIFENUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	TAMO XIFENUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	TAMO XIFENUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	TAMO XIFENUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	TAMO XIFENUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	TAMO XIFENUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	TAMO XIFENUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	TAMO XIFENUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	TAMO XIFENUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	TAMO XIFENUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	TAMO XIFENUM	C54.3	DNO MACICY
37.	TAMO XIFENUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	TAMO XIFENUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	TAMO XIFENUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	TAMO XIFENUM	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	TAMO XIFENUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	TAMO XIFENUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	TAMO XIFENUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	TAMO XIFENUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	TAMO XIFENUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	TAMO XIFENUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	TAMO XIFENUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	TAMO XIFENUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	TAMO XIFENUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	TAMO XIFENUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	TAMO XIFENUM	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	TAMO XIFENUM	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	TAMO XIFENUM	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	TAMO XIFENUM	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.56.

TIOGUANINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TIOGUANINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	TIOGUANINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	TIOGUANINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	TIOGUANINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	TIOGUANINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	TIOGUANINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	TIOGUANINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	TIOGUANINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
9.	TIOGUANINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE)
10.	TIOGUANINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
11.	TIOGUANINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANE)
12.	TIOGUANINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANE)
13.	TIOGUANINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANE)
14.	TIOGUANINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANE)
15.	TIOGUANINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	TIOGUANINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	TIOGUANINUM	C83.9	ROZLANE CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	TIOGUANINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	TIO GUANINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	TIO GUANINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	TIO GUANINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	TIO GUANINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	TIO GUANINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	TIO GUANINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	TIO GUANINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	TIO GUANINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	TIO GUANINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	TIO GUANINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	TIO GUANINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	TIO GUANINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	TIO GUANINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
32.	TIO GUANINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	TIO GUANINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	TIO GUANINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	TIO GUANINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	TIO GUANINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	TIO GUANINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	TIO GUANINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	TIO GUANINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	TIO GUANINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	TIO GUANINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	TIO GUANINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	TIO GUANINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚŁYCH Z KOMÓREK T
44.	TIO GUANINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	TIO GUANINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	TIO GUANINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	TIO GUANINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	TIO GUANINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	TIO GUANINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	TIO GUANINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	TIO GUANINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	TIO GUANINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	TIO GUANINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	TIO GUANINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	TIO GUANINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	TIO GUANINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	TIO GUANINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	TIO GUANINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	TIO GUANINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	TIO GUANINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	TIO GUANINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	TIO GUANINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	TIO GUANINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	TIO GUANINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	TIO GUANINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
66.	TIO GUANINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	TIO GUANINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	TIO GUANINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	TIO GUANINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	TIO GUANINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	TIO GUANINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	TIO GUANINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	TIO GUANINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	TIO GUANINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	TIO GUANINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	TIO GUANINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	TIO GUANINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	TIO GUANINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	TIO GUANINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	TIO GUANINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	TIO GUANINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	TIO GUANINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW

Załącznik C.57.1

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.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
9.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.0	SERCE
10.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
11.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
12.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
13.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.4	OPŁUCNA
14.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
15.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
16.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
17.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
18.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
19.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.61.

VINCRI~~ST~~INUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	VINCRI ST INUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINCRI ST INUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINCRI ST INUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINCRI ST INUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINCRI ST INUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINCRI ST INUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINCRI ST INUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINCRI ST INUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINCRI ST INUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINCRI ST INUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINCRI ST INUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINCRI ST INUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINCRI ST INUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINCRI ST INUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINCRI ST INUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINCRI ST INUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINCRI ST INUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINCRI ST INUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINCRI ST INUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	VINCRI STINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINCRI STINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINCRI STINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	VINCRI STINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINCRI STINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINCRI STINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINCRI STINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINCRI STINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINCRI STINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINCRI STINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINCRI STINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINCRI STINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINCRI STINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINCRI STINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINCRI STINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINCRI STINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINCRI STINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINCRI STINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINCRI STINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINCRI STINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINCRI STINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINCRI STINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINCRI STINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	VINCRI STINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINCRI STINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINCRI STINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINCRI STINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINCRI STINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINCRI STINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINCRI STINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	VINCRI STINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	VINCRI STINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	VINCRI STINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	VINCRI STINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	VINCRI STINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	VINCRI STINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	VINCRI STINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	VINCRI STINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	VINCRI STINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINCRI STINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINCRI STINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINCRI STINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINCRI STINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINCRI STINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINCRI STINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINCRI STINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINCRI STINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	VINCRI STINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINCRI STINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINCRI STINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCENIOWATEJ
70.	VINCRI STINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINCRI STINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	VINCRI STINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	VINCRI STINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINCRI STINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINCRI STINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	VINCRI STINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINCRI STINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINCRI STINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINCRI STINUM	C16.0	WPUST
80.	VINCRI STINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINCRI STINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINCRI STINUM	C16.3	UJŚCIE ODŻWIERNIKA
83.	VINCRI STINUM	C16.4	ODŻWIERNIK
84.	VINCRI STINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINCRI STINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINCRI STINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINCRI STINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINCRI STINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINCRI STINUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90.	VINCRI STINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINCRI STINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINCRI STINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINCRI STINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELIT A CIENKIEGO
94.	VINCRI STINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINCRI STINUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELIT A GRUBEGO
96.	VINCRI STINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINCRI STINUM	C18.1	WYROST EK ROBACZKOWY
98.	VINCRI STINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WST ĘPUJĄCA
99.	VINCRI STINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINCRI STINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINCRI STINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINCRI STINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZST ĘPUJĄCA
103.	VINCRI STINUM	C18.7	ESICA
104.	VINCRI STINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINCRI STINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINCRI STINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINCRI STINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	VINCRI STINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	VINCRI STINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	VINCRI STINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	VINCRI STINUM	C21.2	ST REFA KLOAKOGENNA
112.	VINCRI STINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	VINCRI STINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114.	VINCRI STI NUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINCRI STI NUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	VINCRI STI NUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	VINCRI STI NUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	VINCRI STI NUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	VINCRI STI NUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	VINCRI STI NUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	VINCRI STI NUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	VINCRI STI NUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	VINCRI STI NUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	VINCRI STI NUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	VINCRI STI NUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	VINCRI STI NUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINCRI STI NUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINCRI STI NUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINCRI STI NUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	VINCRI STI NUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINCRI STI NUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINCRI STI NUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINCRI STI NUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINCRI STI NUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINCRI STI NUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINCRI STI NUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137.	VINCRI STINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINCRI STINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINCRI STINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINCRI STINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	VINCRI STINUM	C30	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINCRI STINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINCRI STINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINCRI STINUM	C31	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINCRI STINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINCRI STINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINCRI STINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINCRI STINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINCRI STINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINCRI STINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINCRI STINUM	C33	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINCRI STINUM	C34	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINCRI STINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINCRI STINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINCRI STINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINCRI STINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	VINCRI STINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINCRI STINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINCRI STINUM	C37	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINCRI STINUM	C38	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	VINCRI ST INUM	C38.0	SERCE
162.	VINCRI ST INUM	C38.1	SRÓDP IERSIE PRZEDNIE
163.	VINCRI ST INUM	C38.2	SRÓDP IERSIE TYLNE
164.	VINCRI ST INUM	C38.3	SRÓDP IERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINCRI ST INUM	C38.4	OPLUCNA
166.	VINCRI ST INUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDP IERSIA I OPLUCNEJ
167.	VINCRI ST INUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINCRI ST INUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINCRI ST INUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	VINCRI ST INUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	VINCRI ST INUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	VINCRI ST INUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	VINCRI ST INUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	VINCRI ST INUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	VINCRI ST INUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	VINCRI ST INUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	VINCRI ST INUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	VINCRI ST INUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	VINCRI ST INUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	VINCRI ST INUM	C41.1	ŻUCHWA
181.	VINCRI ST INUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	VINCRI ST INUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	VINCRI STI N U M	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	VINCRI STI N U M	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	VINCRI STI N U M	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	VINCRI STI N U M	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	VINCRI STI N U M	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	VINCRI STI N U M	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	VINCRI STI N U M	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	VINCRI STI N U M	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	VINCRI STI N U M	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	VINCRI STI N U M	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	VINCRI STI N U M	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	VINCRI STI N U M	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	VINCRI STI N U M	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	VINCRI STI N U M	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	VINCRI STI N U M	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	VINCRI STI N U M	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	VINCRI STI N U M	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	VINCRI STI N U M	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	VINCRI STI N U M	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	VINCRI STI N U M	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	VINCRI STI N U M	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
204.	VINCRI STI N U M	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
205.	VINCRI STI N U M	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	VINCRI STI N U M	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	VINCRI STINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	VINCRI STINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	VINCRI STINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	VINCRI STINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
211.	VINCRI STINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	VINCRI STINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	VINCRI STINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	VINCRI STINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	VINCRI STINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
216.	VINCRI STINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	VINCRI STINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	VINCRI STINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	VINCRI STINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	VINCRI STINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	VINCRI STINUM	C48.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	VINCRI STINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	VINCRI STINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	VINCRI STINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	VINCRI STINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	VINCRI STINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	VINCRI STINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	VINCRI STINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229.	VINCRI STI NUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	VINCRI STI NUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	VINCRI STI NUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	VINCRI STI NUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	VINCRI STI NUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	VINCRI STI NUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	VINCRI STI NUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	VINCRI STI NUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
237.	VINCRI STI NUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
238.	VINCRI STI NUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
239.	VINCRI STI NUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
240.	VINCRI STI NUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241.	VINCRI STI NUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
242.	VINCRI STI NUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243.	VINCRI STI NUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
244.	VINCRI STI NUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
245.	VINCRI STI NUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	VINCRI STI NUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	VINCRI STI NUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	VINCRI STI NUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	VINCRI STI NUM	C51.2	ŁECHTACZKA
250.	VINCRI STI NUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	VINCRI STI NUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	VINCRI STI NUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	VINCRI STINUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	VINCRI STINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	VINCRI STINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	VINCRI STINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	VINCRI STINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	VINCRI STINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	VINCRI STINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	VINCRI STINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	VINCRI STINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	VINCRI STINUM	C54.3	DNO MACICY
263.	VINCRI STINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	VINCRI STINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	VINCRI STINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	VINCRI STINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	VINCRI STINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	VINCRI STINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	VINCRI STINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	VINCRI STINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	VINCRI STINUM	C57.3	PRZYMACICZA
272.	VINCRI STINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	VINCRI STINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	VINCRI STINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	VINCRI STINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	VINCRI STINUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	VINCRI STINUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	VINCRI STINUM	C60.0	NAPLETEK
279.	VINCRI STINUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	VINCRI STINUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	VINCRI STINUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	VINCRI STINUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	VINCRI STINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	VINCRI STINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	VINCRI STINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	VINCRI STINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	VINCRI STINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	VINCRI STINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	VINCRI STINUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	VINCRI STINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	VINCRI STINUM	C63.2	MOSZNA
292.	VINCRI STINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	VINCRI STINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	VINCRI STINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	VINCRI STINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	VINCRI STINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	VINCRI STINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	VINCRI STINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	VINCRI STINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	VINCRI STINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	VINCRI STINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	VINCRI STINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	VINCRI STINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	VINCRI STINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	VINCRI STINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	VINCRI STINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	VINCRI STINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	VINCRI STINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	VINCRI STINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	VINCRI STINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	VINCRI STINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	VINCRI STINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	VINCRI STINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	VINCRI STINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	VINCRI STINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	VINCRI STINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	VINCRI STINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	VINCRI STINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	VINCRI STINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	VINCRI STINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	VINCRI STINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	VINCRI STINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	VINCRI STINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	VINCRI STINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	VINCRI STINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	VINCRI STINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	VINCRI STINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	VINCRI STINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	VINCRI STINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	VINCRI STINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	VINCRI STINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	VINCRI STINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	VINCRI STINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	VINCRI STINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	VINCRI STINUM	C71.6	MÓZDŻEK
336.	VINCRI STINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	VINCRI STINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	VINCRI STINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	VINCRI STINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	VINCRI STINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	VINCRI STINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	VINCRI STINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	VINCRI STINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	VINCRI STINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	VINCRI STINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	VINCRI STINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	VINCRI STINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEMNERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	VINCRI STINUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	VINCRI STINUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	VINCRI STINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	VINCRI STINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	VINCRI STINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	VINCRI STINUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	VINCRI STINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYT ARCZOWY
355.	VINCRI STINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	VINCRI STINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	VINCRI STINUM	C75.3	SZYSZYŃKA
358.	VINCRI STINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	VINCRI STINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	VINCRI STINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	VINCRI STINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	VINCRI STINUM	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	VINCRI STINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	VINCRI STINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
365.	VINCRI STINUM	C76.2	BRZUCH
366.	VINCRI STINUM	C76.3	MIEDNICA
367.	VINCRI STINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	VINCRI STINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	VINCRI STINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	VINCRI STINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	VINCRI STINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	VINCRI STINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	VINCRI STINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	VINCRI STINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	VINCRI STINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	VINCRI STINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	VINCRI STINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	VINCRI STINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	VINCRI STINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	VINCRI STINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
381.	VINCRI STINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	VINCRI STINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	VINCRI STINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	VINCRI STINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	VINCRI STINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	VINCRI STINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	VINCRI STINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	VINCRI STINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	VINCRI STINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	VINCRI STINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	VINCRI STINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	VINCRI STINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	VINCRI STINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	VINCRI STINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	VINCRI STINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	VINCRI STINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	VINCRI STINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	VINCRI STINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	VINCRI STINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	VINCRI STINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	VINCRI STINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	VINCRI STINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	VINCRI STINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	VINCRI STINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	VINCRI STINUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	VINCRI STINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	VINCRI STINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	VINCRI STINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	VINCRI STINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	VINCRI STINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	VINCRI STINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	VINCRI STINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	VINCRI STINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	VINCRI STINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	VINCRI STINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	VINCRI STI NUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	VINCRI STI NUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	VINCRI STI NUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	VINCRI STI NUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	VINCRI STI NUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	VINCRI STI NUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	VINCRI STI NUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
423.	VINCRI STI NUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	VINCRI STI NUM	C83.9	ROZLANEY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	VINCRI STI NUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	VINCRI STI NUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	VINCRI STI NUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	VINCRI STI NUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	VINCRI STI NUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	VINCRI STI NUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	VINCRI STI NUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	VINCRI STI NUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	VINCRI STI NUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
434.	VINCRI STI NUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	VINCRI STI NUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAK NIEZIARNICZEGO
436.	VINCRI STI NUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	VINCRI STI NUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	VINCRI STI NUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
439.	VINCRI STI NUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	VINCRI STI NUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	VINCRI STI NUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	VINCRI STI NUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	VINCRI STI NUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	VINCRI STI NUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	VINCRI STI NUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	VINCRI STI NUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	VINCRI STI NUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	VINCRI STI NUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	VINCRI STI NUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
450.	VINCRI STI NUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	VINCRI STI NUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	VINCRI STI NUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	VINCRI STI NUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	VINCRI STI NUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	VINCRI STI NUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	VINCRI STI NUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	VINCRI STI NUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	VINCRI STI NUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	VINCRI STI NUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	VINCRI STI NUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	VINCRI STI NUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	VINCRI STI NUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	VINCRI STI NUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	VINCRI STINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	VINCRI STINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	VINCRI STINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	VINCRI STINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	VINCRI STINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	VINCRI STINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	VINCRI STINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	VINCRI STINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	VINCRI STINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	VINCRI STINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	VINCRI STINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	VINCRI STINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	VINCRI STINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	VINCRI STINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	VINCRI STINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	VINCRI STINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	VINCRI STINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	VINCRI STINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	VINCRI STINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	VINCRI STINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	VINCRI STINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	VINCRI STINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	VINCRI STINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487.	VINCRI STINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	VINCRI STINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	VINCRI STINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	VINCRI STINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	VINCRI STINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	VINCRI STINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	VINCRI STINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	VINCRI STINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	VINCRI STINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	VINCRI STINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	VINCRI STINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	VINCRI STINUM	D01.2	ODBYTNICA
499.	VINCRI STINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	VINCRI STINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	VINCRI STINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
502.	VINCRI STINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	VINCRI STINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	VINCRI STINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	VINCRI STINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	VINCRI STINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	VINCRI STINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	VINCRI STINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	VINCRI STINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510.	VINCRI STINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	VINCRI STINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	VINCRI STINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	VINCRI STINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	VINCRI STINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	VINCRI STINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	VINCRI STINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	VINCRI STINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	VINCRI STINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	VINCRI STINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	VINCRI STINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	VINCRI STINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	VINCRI STINUM	D07.1	SROM
523.	VINCRI STINUM	D07.2	POCHWA
524.	VINCRI STINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	VINCRI STINUM	D07.4	PRĄCIE
526.	VINCRI STINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	VINCRI STINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	VINCRI STINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	VINCRI STINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
530.	VINCRI STINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	VINCRI STINUM	D09.2	OKO
532.	VINCRI STINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	VINCRI STINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534.	VINCRI STI NUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	VINCRI STI NUM	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY UST NEJ I GARDŁA
536.	VINCRI STI NUM	D10.0	WARGA
537.	VINCRI STI NUM	D10.1	JĘZYK
538.	VINCRI STI NUM	D10.2	DNO JAMY UST NEJ
539.	VINCRI STI NUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY UST NEJ
540.	VINCRI STI NUM	D10.4	MIGDAŁEK
541.	VINCRI STI NUM	D10.5	INNE STRUKTURY UST NO-GARDŁOWE
542.	VINCRI STI NUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	VINCRI STI NUM	D10.7	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA
544.	VINCRI STI NUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	VINCRI STI NUM	D11	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	VINCRI STI NUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	VINCRI STI NUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	VINCRI STI NUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	VINCRI STI NUM	D12	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYT NICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	VINCRI STI NUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	VINCRI STI NUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	VINCRI STI NUM	D12.2	OKRĘŻNICA WST ĘPUJĄCA
553.	VINCRI STI NUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	VINCRI STI NUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZST ĘPUJĄCA
555.	VINCRI STI NUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	VINCRI STI NUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	VINCRI STI NUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYT NICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	VINCRI STINUM	D12.8	ODBYTNICA
559.	VINCRI STINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	VINCRI STINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	VINCRI STINUM	D13.0	PRZEŁYK
562.	VINCRI STINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	VINCRI STINUM	D13.2	DWUNASTNICA
564.	VINCRI STINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	VINCRI STINUM	D13.4	WĄTROBA
566.	VINCRI STINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
567.	VINCRI STINUM	D13.6	TRZUSTKA
568.	VINCRI STINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	VINCRI STINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	VINCRI STINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	VINCRI STINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	VINCRI STINUM	D14.1	KRTAŃ
573.	VINCRI STINUM	D14.2	TCHAWICA
574.	VINCRI STINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	VINCRI STINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	VINCRI STINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
577.	VINCRI STINUM	D15.0	GRASICA
578.	VINCRI STINUM	D15.1	SERCE
579.	VINCRI STINUM	D15.2	SRÓDPERSIE
580.	VINCRI STINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581.	VINCRI STI N U M	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKIPIERSIOWEJ
582.	VINCRI STI N U M	D16	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK ST AWOWYCH
583.	VINCRI STI N U M	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	VINCRI STI N U M	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	VINCRI STI N U M	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	VINCRI STI N U M	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	VINCRI STI N U M	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	VINCRI STI N U M	D16.5	ŻUCHWA
589.	VINCRI STI N U M	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	VINCRI STI N U M	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	VINCRI STI N U M	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	VINCRI STI N U M	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI ST AWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	VINCRI STI N U M	D18	NACZYNI AKI KRWIONOŚNE I NACZYNI AKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	VINCRI STI N U M	D18.0	NACZYNI AK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	VINCRI STI N U M	D18.1	NACZYNI AK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	VINCRI STI N U M	D20	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZEST RZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	VINCRI STI N U M	D20.0	PRZEST RZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	VINCRI STI N U M	D20.1	OTRZEWNA
599.	VINCRI STI N U M	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	VINCRI STI N U M	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	VINCRI STI N U M	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	VINCRI STI N U M	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
603.	VINCRI STINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	VINCRI STINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	VINCRI STINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	VINCRI STINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	VINCRI STINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	VINCRI STINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	VINCRI STINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	VINCRI STINUM	D28.0	SROM
611.	VINCRI STINUM	D28.1	POCHWA
612.	VINCRI STINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	VINCRI STINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	VINCRI STINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	VINCRI STINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	VINCRI STINUM	D29.0	PRĄCIE
617.	VINCRI STINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	VINCRI STINUM	D29.2	JĄDRO
619.	VINCRI STINUM	D29.3	NAJĄDRZE
620.	VINCRI STINUM	D29.4	MOSZNA
621.	VINCRI STINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	VINCRI STINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	VINCRI STINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	VINCRI STINUM	D30.0	NERKA
625.	VINCRI STINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	VINCRI STINUM	D30.2	MOCZOWÓD

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	VINCRI STI N U M	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	VINCRI STI N U M	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	VINCRI STI N U M	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	VINCRI STI N U M	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	VINCRI STI N U M	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	VINCRI STI N U M	D31.0	SPOJÓWKA
633.	VINCRI STI N U M	D31.1	ROGÓWKA
634.	VINCRI STI N U M	D31.2	SIATKÓWKA
635.	VINCRI STI N U M	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	VINCRI STI N U M	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	VINCRI STI N U M	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	VINCRI STI N U M	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	VINCRI STI N U M	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	VINCRI STI N U M	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	VINCRI STI N U M	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	VINCRI STI N U M	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	VINCRI STI N U M	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	VINCRI STI N U M	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	VINCRI STI N U M	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	VINCRI STI N U M	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	VINCRI STI N U M	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	VINCRI STI N U M	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	VINCRI STI N U M	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	VINCRI STI N U M	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
651.	VINCRI STINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEMNERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	VINCRI STINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
653.	VINCRI STINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	VINCRI STINUM	D35.0	NADNERCZA
655.	VINCRI STINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
656.	VINCRI STINUM	D35.2	PRZYSADKA
657.	VINCRI STINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	VINCRI STINUM	D35.4	SZYSZYNKĄ
659.	VINCRI STINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	VINCRI STINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
661.	VINCRI STINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	VINCRI STINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	VINCRI STINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	VINCRI STINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	VINCRI STINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
666.	VINCRI STINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	VINCRI STINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	VINCRI STINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	VINCRI STINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	VINCRI STINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
671.	VINCRI STINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	VINCRI STINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	VINCRI STINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	VINCRI STINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	VINCRI STINUM	D37.5	ODBYTNICA
676.	VINCRI STINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	VINCRI STINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	VINCRI STINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	VINCRI STINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ
680.	VINCRI STINUM	D38.0	KRTAŃ
681.	VINCRI STINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	VINCRI STINUM	D38.2	OPŁUCNA
683.	VINCRI STINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
684.	VINCRI STINUM	D38.4	GRASICA
685.	VINCRI STINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	VINCRI STINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	VINCRI STINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	VINCRI STINUM	D39.0	MACICA
689.	VINCRI STINUM	D39.1	JAJNIK
690.	VINCRI STINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	VINCRI STINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	VINCRI STINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	VINCRI STINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	VINCRI STINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	VINCRI STINUM	D40.1	JĄDRO
696.	VINCRI STINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	VINCRI STINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	VINCRI STINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	VINCRI STINUM	D41.0	NERKA
700.	VINCRI STINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	VINCRI STINUM	D41.2	MOCZOWÓD
702.	VINCRI STINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	VINCRI STINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
704.	VINCRI STINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	VINCRI STINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	VINCRI STINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	VINCRI STINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	VINCRI STINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	VINCRI STINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	VINCRI STINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	VINCRI STINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	VINCRI STINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	VINCRI STINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	VINCRI STINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	VINCRI STINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	VINCRI STINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	VINCRI STINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	VINCRI STINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	VINCRI STINUM	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	VINCRI STINUM	D44.1	NADNERCZA
721.	VINCRI STINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	VINCRI STINUM	D44.3	PRZYSADKA
723.	VINCRI STINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	VINCRI STINUM	D44.5	SZYSZYŃKA
725.	VINCRI STINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	VINCRI STINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
727.	VINCRI STINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	VINCRI STINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	VINCRI STINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	VINCRI STINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	VINCRI STINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	VINCRI STINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	VINCRI STINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	VINCRI STINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	VINCRI STINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	VINCRI STINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
737.	VINCRI STINUM	D48.4	OTRZEWNA
738.	VINCRI STINUM	D48.5	SKÓRA
739.	VINCRI STINUM	D48.6	SUTEK
740.	VINCRI STINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
741.	VINCRI STINUM	D48.9	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	VINCRI STINUM	D69.3	SAMOISTNA PŁAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	VINCRI STINUM	D76.0	HIST IOCYTOZAZ KOMÓREK LANGERHANSANIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	VINCRI STINUM	D76.1	LYMFOHIST IOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	VINCRI STINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	VINCRI STINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	VINCRI STINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	VINCRI STINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	VINCRI STINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	VINCRI STINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	VINCRI STINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
752.	VINCRI STINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	VINCRI STINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

VINORELBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	VINORELBINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINORELBINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINORELBINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINORELBINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINORELBINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINORELBINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINORELBINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINORELBINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINORELBINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINORELBINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINORELBINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINORELBINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINORELBINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINORELBINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINORELBINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINORELBINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINORELBINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINORELBINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINORELBINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	VINORELBINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINORELBINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINORELBINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	VINORELBINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINORELBINUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINORELBINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINORELBINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINORELBINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINORELBINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINORELBINUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINORELBINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINORELBINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINORELBINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINORELBINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINORELBINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINORELBINUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINORELBINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINORELBINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINORELBINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINORELBINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINORELBINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINORELBINUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINORELBINUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	VINORELBINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINORELBINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINORELBINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINORELBINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINORELBINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINORELBINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINORELBINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
50.	VINORELBINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	VINORELBINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	VINORELBINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	VINORELBINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	VINORELBINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	VINORELBINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	VINORELBINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	VINORELBINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	VINORELBINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINORELBINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINORELBINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINORELBINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINORELBINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINORELBINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINORELBINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINORELBINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINORELBINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	VINORELBINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINORELBINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINORELBINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINORELBINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINORELBINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	VINORELBINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	VINORELBINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINORELBINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINORELBINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
76.	VINORELBINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINORELBINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINORELBINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINORELBINUM	C16.0	WPUST
80.	VINORELBINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINORELBINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINORELBINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINORELBINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINORELBINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINORELBINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINORELBINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINORELBINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINORELBINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINORELBINUM	C17.0	DWUNASTNICA
90.	VINORELBINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINORELBINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINORELBINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINORELBINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	VINORELBINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINORELBINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	VINORELBINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINORELBINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	VINORELBINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	VINORELBINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINORELBINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINORELBINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINORELBINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
103.	VINORELBINUM	C18.7	ESICA
104.	VINORELBINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINORELBINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINORELBINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINORELBINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	VINORELBINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	VINORELBINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	VINORELBINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	VINORELBINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	VINORELBINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	VINORELBINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114.	VINORELBINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINORELBINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	VINORELBINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	VINORELBINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	VINORELBINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	VINORELBINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	VINORELBINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	VINORELBINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	VINORELBINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	VINORELBINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	VINORELBINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	VINORELBINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	VINORELBINUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINORELBINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINORELBINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINORELBINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
130.	VINORELBINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINORELBINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINORELBINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINORELBINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINORELBINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINORELBINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINORELBINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137.	VINORELBINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINORELBINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINORELBINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINORELBINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
141.	VINORELBINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINORELBINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINORELBINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINORELBINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINORELBINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINORELBINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINORELBINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINORELBINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINORELBINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINORELBINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINORELBINUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINORELBINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINORELBINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINORELBINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINORELBINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINORELBINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
157.	VINORELBINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINORELBINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINORELBINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINORELBINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
161.	VINORELBINUM	C38.0	SERCE
162.	VINORELBINUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	VINORELBINUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
164.	VINORELBINUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINORELBINUM	C38.4	OPLUCNA
166.	VINORELBINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167.	VINORELBINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINORELBINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINORELBINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	VINORELBINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	VINORELBINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	VINORELBINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE 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	MÓZDŻEK
324.	VINORELBINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
325.	VINORELBINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
326.	VINORELBINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
327.	VINORELBINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
328.	VINORELBINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
329.	VINORELBINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
330.	VINORELBINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
331.	VINORELBINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
332.	VINORELBINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
333.	VINORELBINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
334.	VINORELBINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	VINORELBINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
336.	VINORELBINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
337.	VINORELBINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
338.	VINORELBINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
339.	VINORELBINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
340.	VINORELBINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
341.	VINORELBINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
342.	VINORELBINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	VINORELBINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
344.	VINORELBINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
345.	VINORELBINUM	C75.3	SZYSZYŃKA
346.	VINORELBINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
347.	VINORELBINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
348.	VINORELBINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	VINORELBINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	VINORELBINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	VINORELBINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	VINORELBINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
353.	VINORELBINUM	C76.2	BRZUCH
354.	VINORELBINUM	C76.3	MIEDNICA
355.	VINORELBINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
356.	VINORELBINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
357.	VINORELBINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
358.	VINORELBINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
359.	VINORELBINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
360.	VINORELBINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
361.	VINORELBINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
362.	VINORELBINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
363.	VINORELBINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYN GÓRNEJ I PACHY
364.	VINORELBINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYN DOLNEJ I PACHWY
365.	VINORELBINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	VINORELBINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	VINORELBINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	VINORELBINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
369.	VINORELBINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370.	VINORELBINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	VINORELBINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	VINORELBINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	VINORELBINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	VINORELBINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	VINORELBINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOEJ
376.	VINORELBINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	VINORELBINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	VINORELBINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	VINORELBINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	VINORELBINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	VINORELBINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	VINORELBINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	VINORELBINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	VINORELBINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	VINORELBINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	VINORELBINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	VINORELBINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	VINORELBINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	VINORELBINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	VINORELBINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	VINORELBINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	VINORELBINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	VINORELBINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	VINORELBINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	VINORELBINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	VINORELBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			POKREWNYCH
397.	VINORELBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
398.	VINORELBINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
399.	VINORELBINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
400.	VINORELBINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
401.	VINORELBINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
402.	VINORELBINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
403.	VINORELBINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
404.	VINORELBINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
405.	VINORELBINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
406.	VINORELBINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
407.	VINORELBINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
408.	VINORELBINUM	D01.2	ODBYTNICA
409.	VINORELBINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
410.	VINORELBINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
411.	VINORELBINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
412.	VINORELBINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
413.	VINORELBINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
414.	VINORELBINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
415.	VINORELBINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
416.	VINORELBINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
417.	VINORELBINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
418.	VINORELBINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
419.	VINORELBINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
420.	VINORELBINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
421.	VINORELBINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
422.	VINORELBINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
423.	VINORELBINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
424.	VINORELBINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
425.	VINORELBINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
426.	VINORELBINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
427.	VINORELBINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
428.	VINORELBINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
429.	VINORELBINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
430.	VINORELBINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
431.	VINORELBINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
432.	VINORELBINUM	D07.1	SROM
433.	VINORELBINUM	D07.2	POCHWA
434.	VINORELBINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
435.	VINORELBINUM	D07.4	PRĄCIE
436.	VINORELBINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
437.	VINORELBINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
438.	VINORELBINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
439.	VINORELBINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
440.	VINORELBINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
441.	VINORELBINUM	D09.2	OKO
442.	VINORELBINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
443.	VINORELBINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
444.	VINORELBINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
445.	VINORELBINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
446.	VINORELBINUM	D10.0	WARGA
447.	VINORELBINUM	D10.1	JĘZYK
448.	VINORELBINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
449.	VINORELBINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
450.	VINORELBINUM	D10.4	MIGDAŁEK
451.	VINORELBINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
452.	VINORELBINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
453.	VINORELBINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
454.	VINORELBINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
455.	VINORELBINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
456.	VINORELBINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
457.	VINORELBINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
458.	VINORELBINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
459.	VINORELBINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
460.	VINORELBINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
461.	VINORELBINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
462.	VINORELBINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
463.	VINORELBINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
464.	VINORELBINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
465.	VINORELBINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
466.	VINORELBINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
467.	VINORELBINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468.	VINORELBINUM	D12.8	ODBYTNICA
469.	VINORELBINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470.	VINORELBINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	VINORELBINUM	D13.0	PRZĘLYK
472.	VINORELBINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	VINORELBINUM	D13.2	DWUNASTNICA
474.	VINORELBINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
475.	VINORELBINUM	D13.4	WĄTROBA
476.	VINORELBINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
477.	VINORELBINUM	D13.6	TRZUSTKA
478.	VINORELBINUM	D13.7	WSPY TRZUSTKI
479.	VINORELBINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	VINORELBINUM	D14	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	VINORELBINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	VINORELBINUM	D14.1	KRTAŃ
483.	VINORELBINUM	D14.2	TCHAWICA
484.	VINORELBINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	VINORELBINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	VINORELBINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
487.	VINORELBINUM	D15.0	GRASICA
488.	VINORELBINUM	D15.1	SERCE
489.	VINORELBINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
490.	VINORELBINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
491.	VINORELBINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
492.	VINORELBINUM	D16	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	VINORELBINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	VINORELBINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	VINORELBINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	VINORELBINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	VINORELBINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	VINORELBINUM	D16.5	ŻUCHWA
499.	VINORELBINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	VINORELBINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	VINORELBINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	VINORELBINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	VINORELBINUM	D18	NACZYNIAMI KRWIONOŚNE I NACZYNIAMI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
504.	VINORELBINUM	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
505.	VINORELBINUM	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
506.	VINORELBINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
507.	VINORELBINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
508.	VINORELBINUM	D20.1	OTRZEWA
509.	VINORELBINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
510.	VINORELBINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
511.	VINORELBINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	VINORELBINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	VINORELBINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
514.	VINORELBINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
515.	VINORELBINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
516.	VINORELBINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
517.	VINORELBINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
518.	VINORELBINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
519.	VINORELBINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
520.	VINORELBINUM	D28.0	SROM
521.	VINORELBINUM	D28.1	POCHWA
522.	VINORELBINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
523.	VINORELBINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
524.	VINORELBINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
525.	VINORELBINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
526.	VINORELBINUM	D29.0	PRĄCIE
527.	VINORELBINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
528.	VINORELBINUM	D29.2	JĄDRO
529.	VINORELBINUM	D29.3	NAJĄDRZE
530.	VINORELBINUM	D29.4	MOSZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
531.	VINORELBINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
532.	VINORELBINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
533.	VINORELBINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
534.	VINORELBINUM	D30.0	NERKA
535.	VINORELBINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
536.	VINORELBINUM	D30.2	MOCZOWÓD
537.	VINORELBINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
538.	VINORELBINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
539.	VINORELBINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
540.	VINORELBINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
541.	VINORELBINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
542.	VINORELBINUM	D31.0	SPOJÓWKA
543.	VINORELBINUM	D31.1	ROGÓWKA
544.	VINORELBINUM	D31.2	SIATKÓWKA
545.	VINORELBINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
546.	VINORELBINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
547.	VINORELBINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
548.	VINORELBINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
549.	VINORELBINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
550.	VINORELBINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
551.	VINORELBINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
552.	VINORELBINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
553.	VINORELBINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
554.	VINORELBINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
555.	VINORELBINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
556.	VINORELBINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
557.	VINORELBINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	VINORELBINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
559.	VINORELBINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
560.	VINORELBINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
561.	VINORELBINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
562.	VINORELBINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
563.	VINORELBINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
564.	VINORELBINUM	D35.0	NADNERCZA
565.	VINORELBINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
566.	VINORELBINUM	D35.2	PRZYSADKA
567.	VINORELBINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
568.	VINORELBINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
569.	VINORELBINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	VINORELBINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZYWOJOWE
571.	VINORELBINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	VINORELBINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	VINORELBINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	VINORELBINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	VINORELBINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	VINORELBINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	VINORELBINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	VINORELBINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	VINORELBINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	VINORELBINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	VINORELBINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	VINORELBINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	VINORELBINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
584.	VINORELBINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	VINORELBINUM	D37.5	ODBYTNICA
586.	VINORELBINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
587.	VINORELBINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
588.	VINORELBINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
589.	VINORELBINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ
590.	VINORELBINUM	D38.0	KRTAŃ
591.	VINORELBINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
592.	VINORELBINUM	D38.2	OPŁUCNA
593.	VINORELBINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
594.	VINORELBINUM	D38.4	GRASICA
595.	VINORELBINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	VINORELBINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	VINORELBINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	VINORELBINUM	D39.0	MACICA
599.	VINORELBINUM	D39.1	JAJNIK
600.	VINORELBINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	VINORELBINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	VINORELBINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	VINORELBINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	VINORELBINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	VINORELBINUM	D40.1	JĄDRO
606.	VINORELBINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	VINORELBINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	VINORELBINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	VINORELBINUM	D41.0	NERKA
610.	VINORELBINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
611.	VINORELBINUM	D41.2	MOCZOWÓD
612.	VINORELBINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	VINORELBINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	VINORELBINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	VINORELBINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	VINORELBINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	VINORELBINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	VINORELBINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	VINORELBINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	VINORELBINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	VINORELBINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	VINORELBINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	VINORELBINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	VINORELBINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	VINORELBINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	VINORELBINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	VINORELBINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	VINORELBINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	VINORELBINUM	D44.0	TARCZYCA
630.	VINORELBINUM	D44.1	NADNERCZA
631.	VINORELBINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	VINORELBINUM	D44.3	PRZYSADKA
633.	VINORELBINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	VINORELBINUM	D44.5	SZYSZYŃKA
635.	VINORELBINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
636.	VINORELBINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
637.	VINORELBINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
638.	VINORELBINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
639.	VINORELBINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
640.	VINORELBINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	VINORELBINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
642.	VINORELBINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
643.	VINORELBINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
644.	VINORELBINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
645.	VINORELBINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
646.	VINORELBINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
647.	VINORELBINUM	D48.4	OTRZEWNA
648.	VINORELBINUM	D48.5	SKÓRA
649.	VINORELBINUM	D48.6	SUTEK
650.	VINORELBINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
651.	VINORELBINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
652.	VINORELBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANS A NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
653.	VINORELBINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.64.

TEMOZOLOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TEMOZOLOMIDUM	C16	NOWOTWOR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
2.	TEMOZOLOMIDUM	C16.0	WPUST <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
3.	TEMOZOLOMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
4.	TEMOZOLOMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
5.	TEMOZOLOMIDUM	C16.3	UJSCIE ODŹWIERNIKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
6.	TEMOZOLOMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
7.	TEMOZOLOMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
8.	TEMOZOLOMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
9.	TEMOZOLOMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
10.	TEMOZOLOMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
11.	TEMOZOLOMIDUM	C17	NOWOTWOR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
12.	TEMOZOLOMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
13.	TEMOZOLOMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
14.	TEMOZOLOMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
15.	TEMOZOLOMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	TEMOZOLOMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
17.	TEMOZOLOMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKRESŁONE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
18.	TEMOZOLOMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
19.	TEMOZOLOMIDUM	C18.0	JELITO SŁEPE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
20.	TEMOZOLOMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
21.	TEMOZOLOMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
22.	TEMOZOLOMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
23.	TEMOZOLOMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
24.	TEMOZOLOMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE SLEDZIONOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
25.	TEMOZOLOMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
26.	TEMOZOLOMIDUM	C18.7	ESICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
27.	TEMOZOLOMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
28.	TEMOZOLOMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKRESŁONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
29.	TEMOZOLOMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
30.	TEMOZOLOMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
31.	TEMOZOLOMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
32.	TEMOZOLOMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻOŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
33.	TEMOZOLOMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
34.	TEMOZOLOMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
35.	TEMOZOLOMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
36.	TEMOZOLOMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
37.	TEMOZOLOMIDUM	C38.0	SERCE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
38.	TEMOZOLOMIDUM	C38.1	SRODPIERSIE PRZEDNIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
39.	TEMOZOLOMIDUM	C38.2	SRODPIERSIE TYLNE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
40.	TEMOZOLOMIDUM	C38.3	SRODPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
41.	TEMOZOLOMIDUM	C38.4	OPŁUCNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
42.	TEMOZOLOMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KONCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
43.	TEMOZOLOMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
44.	TEMOZOLOMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
45.	TEMOZOLOMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
46.	TEMOZOLOMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KONCZYNY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
47.	TEMOZOLOMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KONCZYNY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
48.	TEMOZOLOMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
49.	TEMOZOLOMIDUM	C41.1	ŻUCHWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
50.	TEMOZOLOMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
51.	TEMOZOLOMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
52.	TEMOZOLOMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	TEMOZOLOMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
54.	TEMOZOLOMIDUM	C41.9	KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
55.	TEMOZOLOMIDUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
56.	TEMOZOLOMIDUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
57.	TEMOZOLOMIDUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
58.	TEMOZOLOMIDUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
59.	TEMOZOLOMIDUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
60.	TEMOZOLOMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
61.	TEMOZOLOMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KONCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
62.	TEMOZOLOMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
63.	TEMOZOLOMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
64.	TEMOZOLOMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
65.	TEMOZOLOMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
66.	TEMOZOLOMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
67.	TEMOZOLOMIDUM	C48.0	PRZESTRZEN ZAOTRZEWNOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
68.	TEMOZOLOMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
69.	TEMOZOLOMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
70.	TEMOZOLOMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	TEMOZOLOMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
72.	TEMOZOLOMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
73.	TEMOZOLOMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
74.	TEMOZOLOMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
75.	TEMOZOLOMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
76.	TEMOZOLOMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
77.	TEMOZOLOMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKRESŁONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
78.	TEMOZOLOMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
79.	TEMOZOLOMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
80.	TEMOZOLOMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
81.	TEMOZOLOMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
82.	TEMOZOLOMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
83.	TEMOZOLOMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
84.	TEMOZOLOMIDUM	C67.0	TROJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
85.	TEMOZOLOMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
86.	TEMOZOLOMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
87.	TEMOZOLOMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
88.	TEMOZOLOMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
89.	TEMOZOLOMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
90.	TEMOZOLOMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
91.	TEMOZOLOMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
92.	TEMOZOLOMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
93.	TEMOZOLOMIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
94.	TEMOZOLOMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
95.	TEMOZOLOMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
96.	TEMOZOLOMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
97.	TEMOZOLOMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
98.	TEMOZOLOMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
99.	TEMOZOLOMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
100.	TEMOZOLOMIDUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
101.	TEMOZOLOMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	TEMOZOLOMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	TEMOZOLOMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	TEMOZOLOMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	TEMOZOLOMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	TEMOZOLOMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
107.	TEMOZOLOMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	TEMOZOLOMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	TEMOZOLOMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	TEMOZOLOMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
111.	TEMOZOLOMIDUM	C72.1	OGON KONSKI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
112.	TEMOZOLOMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
113.	TEMOZOLOMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
114.	TEMOZOLOMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
115.	TEMOZOLOMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
116.	TEMOZOLOMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
117.	TEMOZOLOMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
118.	TEMOZOLOMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
119.	TEMOZOLOMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	TEMOZOLOMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
121.	TEMOZOLOMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
122.	TEMOZOLOMIDUM	C76.2	BRZUCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
123.	TEMOZOLOMIDUM	C76.3	MIEDNICA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
124.	TEMOZOLOMIDUM	C76.4	KONCZYNA GÓRNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
125.	TEMOZOLOMIDUM	C76.5	KONCZYNA DOLNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
126.	TEMOZOLOMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
127.	TEMOZOLOMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
128.	TEMOZOLOMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	TEMOZOLOMIDUM	D33.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
130.	TEMOZOLOMIDUM	D33.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
131.	TEMOZOLOMIDUM	D33.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
132.	TEMOZOLOMIDUM	D33.4	RDZEN KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
133.	TEMOZOLOMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
134.	TEMOZOLOMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
135.	TEMOZOLOMIDUM	D43.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
136.	TEMOZOLOMIDUM	D43.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
137.	TEMOZOLOMIDUM	D43.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
138.	TEMOZOLOMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
139.	TEMOZOLOMIDUM	D43.4	RDZEN KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
140.	TEMOZOLOMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
141.	TEMOZOLOMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Załącznik C.65.a.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA w przypadku: <i>indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.</i>

Załącznik C.65.b.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA w przypadku: pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa

Załącznik C.65.c.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA w przypadku: indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek $\leq 10 \times 10^3 / \mu\text{l}$), w skojarzeniu z kwasem all– trans– retynowym

Załącznik C.67.

BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.
2.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.
3.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.
4.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.
5.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.
6.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.
7.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.
8.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMOREK, GUZKOWY w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
9.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań 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) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.
11.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE) w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.
12.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE) w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii albo w przypadku chłoniaków z komórek płaszczka i wystąpienia: a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub b) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
13.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.
14.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.
15.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.
16.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T w przypadku: oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.
17.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T w przypadku: oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.
18.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T w przypadku: oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia: a) oporności na rytuksymab lub b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub c) przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii albo w przypadku chłoniaków z komórek płaszczu i wystąpienia: a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub b) przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – 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) przeciwskażeń 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) przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.
22.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH w drugiej i następnych liniach leczenia.
23.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI w drugiej i następnych liniach leczenia.
24.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA w drugiej i następnych liniach leczenia.
25.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA w drugiej i następnych liniach leczenia.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA w przypadku: <i>a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę,</i> <i>b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.</i>

Załącznik C.68.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.68.b.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	C.50.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI <i>uzupełniające leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie</i>

Załącznik C.69.a.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	AZACITIDINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
2	AZACITIDINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
3	AZACITIDINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
4	AZACITIDINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
5	AZACITIDINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
6	AZACITIDINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
7	AZACITIDINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
8	AZACITIDINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
9	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10	AZACITIDINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA (CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.69.b.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (AML) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.70.a.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIBUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)</i>

Załącznik C.70.b.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIBUM	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY w przypadku udokumentowanej obecności rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów <i>COL1A1/PDGFβ</i>

Załącznik C.70.c.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIBUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)</i>

Załącznik C.70.d.

IMATINIB

Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117. W chorobie zaawansowanej/przerzutowej leczenie stosowane jest do czasu wystąpienia progresji (u pacjentów z progresją w trakcie podawania dawki standardowej możliwe jest kontynuowanie terapii po zwiększeniu dawki do 800 mg dziennie) lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W leczeniu uzupełniającym lek stosowany jest u pacjentów z ryzykiem nawrotu $\geq 50\%$ wg klasyfikacji AJCCNCCN-AFIP i obecnością mutacji KIT lub PDGFR- α bez mutacji PDGFR- α D842V nie dłużej niż 36 miesięcy lub do wystąpienia nawrotu lub niepożądanych działań uniemożliwiających kontynuowanie terapii.

Imatinib u dzieci stosowany jest według schematu:

- a) *dzieci o powierzchni ciała do 1 m²: 340 mg/m², dawka dobowo jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,*
- b) *dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m² dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	IMATINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	IMATINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	IMATINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	IMATINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	IMATINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	IMATINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	IMATINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	IMATINIB	C16.0	WPUST
10.	IMATINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	IMATINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	IMATINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	IMATINIB	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	IMATINIB	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	IMATINIB	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	IMATINIB	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	IMATINIB	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	IMATINIB	C17.0	DWUNASTNICA
19.	IMATINIB	C17.1	JELITO CZCZE
20.	IMATINIB	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	IMATINIB	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	IMATINIB	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A CIENKIEGO
23.	IMATINIB	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	IMATINIB	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	IMATINIB	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	IMATINIB	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	IMATINIB	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	IMATINIB	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	IMATINIB	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	IMATINIB	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	IMATINIB	C18.7	ESICA
32.	IMATINIB	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A GRUBEGO
33.	IMATINIB	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	IMATINIB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	IMATINIB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
36.	IMATINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	IMATINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	IMATINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	IMATINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.71.

PLERIXAFORUM

Jednorazowa mobilizacja macierzystych komórek krwiotwórczych w skojarzeniu z G-CSF u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, u których planowane jest wykonanie autologicznego przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku gdy:

- 1) aktualnie prowadzona mobilizacja nie jest skuteczna, tj. pacjent otrzymał właściwe leczenie mobilizacyjne (G-CSF w dawce $\geq 10 \mu\text{g/kg}$ jeśli stosowany sam lub $\geq 5 \mu\text{g/kg}$ po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż 10/ μl w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF lub
- 2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
 - a) mniej niż $2,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem lub
 - b) mniej niż $4,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PLERIXAFORUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	PLERIXAFORUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	PLERIXAFORUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	PLERIXAFORUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	PLERIXAFORUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	PLERIXAFORUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	PLERIXAFORUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	PLERIXAFORUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	PLERIXAFORUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	PLERIXAFORUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	PLERIXAFORUM	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	PLERIXAFORUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	PLERIXAFORUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	PLERIXAFORUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	PLERIXAFORUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	PLERIXAFORUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	PLERIXAFORUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	PLERIXAFORUM	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	PLERIXAFORUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	PLERIXAFORUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	PLERIXAFORUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	PLERIXAFORUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	PLERIXAFORUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	PLERIXAFORUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	PLERIXAFORUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	PLERIXAFORUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	PLERIXAFORUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	PLERIXAFORUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	PLERIXAFORUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	PLERIXAFORUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	PLERIXAFORUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	PLERIXAFORUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	PLERIXAFORUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	PLERIXAFORUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	PLERIXAFORUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	PLERIXAFORUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	PLERIXAFORUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Załącznik C.72.

ANAGRELIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	ANAGRELIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA <i>z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie</i>
2.	ANAGRELIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	ANAGRELIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

NELARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NELARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
2.	NELARABINUM	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
3.	NELARABINUM	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>

Załącznik C.76.

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BORTEZOMIBUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	BORTEZOMIBUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	BORTEZOMIBUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
4	BORTEZOMIBUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
5	BORTEZOMIBUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMORKOWA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
6	BORTEZOMIBUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAC SZPICZAKA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
7	BORTEZOMIBUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	BORTEZOMIBUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.79.a.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA w przypadku: – kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego
2	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
3	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU w przypadku: – pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka – młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępnym w ośrodku – kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
4	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA w przypadku: – pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka – kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.79.b.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
2	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.1	CHOROBA SÉZARY'EGO

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 <i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i> a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu), b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS), c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu, d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV), e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej), f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia, g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie. Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.

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 <i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i> a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu), b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS), c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu, d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV), e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej), f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia, g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie. Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.

Załącznik C.82.a.

BEVACIZUMAB

1. w leczeniu dorosłych pacjentów z noworozpoznany zaawansowanym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej

a. w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem lub w monoterapii:

- stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po resekcji powyżej 1 cm,
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

b. w skojarzeniu z olaparybem:

- stopień zaawansowania FIGO IV lub III, niezależnie od choroby resztkowej, wyłącznie u chorych z mutacją w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD),
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie trwa do wyczerpania 22 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

2. w leczeniu dorosłych pacjentów z pierwszym nawrotem wrażliwego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

a. w skojarzeniu z karboplatiną i gemcytabiną lub w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem:

- niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

3. w leczeniu dorosłych pacjentów z nawrotem opornego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

a. w skojarzeniu z paklitakselem, topotekanem inj. lub pegylowaną liposomalną doksorubicyną:

- niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMAB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
2.	BEVACIZUMAB	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
3.	BEVACIZUMAB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNOWEJ
4.	BEVACIZUMAB	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
5.	BEVACIZUMAB	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
6.	BEVACIZUMAB	C57.4	PRZYDATKI MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.82.b.

BEVACIZUMABUM

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Dla wszystkich wskazań:

- *przetrwwały, nawrotowy lub pierwotnie przerzutowy (stadium IVB) rak szyjki macicy u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii,*
- *niestosowanie wcześniejszej chemioterapii w stadium nawrotu, rozsiewu lub przetrwałego nowotworu z wyjątkiem chemioterapii cisplatyną stosowanej w skojarzeniu z radioterapią podczas leczenia radykalnego,*
- *czas od zastosowania chemioradioterapii nie krótszy niż 6 tygodni. Czas od zastosowania radioterapii nie krótszy niż 3 tygodnie,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMABUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
2.	BEVACIZUMABUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
3.	BEVACIZUMABUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.82.c.

BEVACIZUMAB

Lek stosowany jest w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą fluoropirymidynę lub triflurydynę z typiracylem u pacjentów z nowotworem w stopniu zaawansowania IV (uogólnionym). Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Dawkowanie leku prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMAB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	BEVACIZUMAB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO – ODBYTNICZEGO
3.	BEVACIZUMAB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.82.d.

BEVACIZUMABUM

Terapia stosowana wyłącznie w skojarzeniu z atezolizumabem.

Bewacyzumab stosowany w dawce 15 mg/kg masy ciała, podawanej we wlewie dożylnym co trzy tygodnie.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMABUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.83.

DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.84.a.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LENALIDOMIDUM	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY w przypadku: <i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem lub bortezomibem i deksametazonem lub melfalanem i prednizonem dorosłych pacjentów z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT),</i> albo <i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jeden schemat leczenia,</i> albo <i>monoterapii w leczeniu podtrzymującym dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym po przeszczepieniu autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT) stosowanym po pierwszej linii leczenia</i>

Załącznik C.84.b.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LENALIDOMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
2.	LENALIDOMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
3.	LENALIDOMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
4.	LENALIDOMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
5.	LENALIDOMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	LENALIDOMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
7.	LENALIDOMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
8.	LENALIDOMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe

Załącznik C.84.c.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LENALIDOMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a
2.	LENALIDOMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a
3.	LENALIDOMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a
4.	LENALIDOMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszcza

Załącznik C.84.d.

LENALIDOMIDUM

Stosowanie lenalidomidu w połączeniu z rytuksymabem w niżej wymienionych wskazaniach powinno być zgodne z rekomendacjami ESMO lub NCCN.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LENALIDOMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a
2.	LENALIDOMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a
3.	LENALIDOMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a
4.	LENALIDOMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE w przypadku: leczenia w skojarzeniu z tafasytamabem dorosłych pacjentów z nawrotową albo oporną na leczenie postacią chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych
5.	LENALIDOMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakami strefy brzożnej

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	LENALIDOMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO w przypadku: <i>leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakami strefy brzeżnej</i> albo <i>leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszczu</i>

Załącznik C.85.

ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.86.a.

TRASTUZUMABUM I.V.

1. W monoterapii

albo

2. w skojarzeniu z:

a) chemioterapią,

lub

b) hormonoterapią,

lub

c) pertuzumabem.

Dla wszystkich wskazań:

- potwierdzenie histologiczne inwazyjnego raka piersi,
- dodatni stan HER2 – ekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- zaawansowanie w stopniu wczesnym ze wskazaniami do leczenia przedoperacyjnego lub pooperacyjnego albo zaawansowanie w stadium uogólnienia ze wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z wytycznymi ChPL lub PTOK.

Leczenie przerzutowego raka piersi powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania. Możliwe jest leczenie trastuzumabem i.v. po progresji w połączeniu z inną terapią przeciwnowotworową.

Leczenie okołooperacyjnego raka piersi powinno być stosowane w horyzoncie maksymalnie 18 podań leku lub do 1 roku terapii lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
3.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.6	CZEŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.b.

TRASTUZUMABUM I.V.

W skojarzeniu z cisplatyną (albo oksaliplatyną) i fluorouracylem albo cisplatyną (albo oksaliplatyną) i kapecytabiną:

- potwierdzenie histologiczne gruczołowego raka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego,
- nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- zaawansowanie w stadium uogólnienia ze 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.

W skojarzeniu z pembrolizumabem i chemioterapią zawierającą fluoropirymidynę i pochodne platyny:

- potwierdzenie histologiczne gruczołowego raka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego,
- nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg skali CPS (combined positive score) ≥ 1 ,
- brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej,
- zaawansowanie w stadium uogólnienia ze 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 DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	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

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
8.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
9.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.c.

TRASTUZUMAB I.V.

W skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną:

- potwierdzenie histologiczne surowiczego raka endometrium,
- nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- stopień zaawansowania klinicznego III lub IV wg klasyfikacji FIGO lub nawrotowego raka bez względu na pierwotny stopień zaawansowania,
- stopień sprawności 0-2 według ECOG.

Dawka trastuzumabu pierwszego dnia pierwszego cyklu to dawka nasycająca wynosząca 8 mg/kg m.c. podawana przez 90 minut. Począwszy od 21. dnia należy podawać trastuzumab w dawce 6 mg/kg m.c., dożylnie co 21 dni i kontynuować leczenie przez czas nieokreślony co 21 dni po zakończeniu 6 cykli terapii cytotoksycznej i do czasu progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.0	CIEŚŃ MACICY, ODCINEK DOLNY
2.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
3.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.2	MIĘSIEŃ MACICY
4.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.3	DNO MACICY
5.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TRZONU MACICY
6.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.9	TRZON MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.87.a.

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTAN ABIRATERONU	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO w przypadku: <i>leczenia dorosłych pacjentów na nowo rozpoznanego hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego wysokiego ryzyka z przerzutami, w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej; wysokie ryzyko definiowane jest jako występowanie co najmniej 2 z 3 czynników: wskaźnik Gleasona ≥ 8, obecność ≥ 3 przerzutów do kości, obecność przerzutów do narządów trzewnych (z wyłączeniem węzłów chłonnych). Leczenie należy rozpocząć najpóźniej po trzech miesiącach od wdrożenia deprywacji androgenowej.</i> albo <i>leczenia bezobjawowych lub skąpo objawowych dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu deprywacji androgenowej, u których zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie,</i> albo <i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu chemioterapii opartej o docetaksel.</i> <i>Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i>

Załącznik C.87.b.

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTAN ABIRATERONU	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO w przypadku: <i>leczenia dorosłych pacjentów na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, którzy nie spełniają kryteriów wskazania rejestracyjnego wymienionych w załączniku C.87.a., w połączeniu z deprivacją androgenową jako samodzielne leczenie lub początkowo w skojarzeniu z trwającą przez 18 tyg. chemioterapią opartą o docetaksel,</i> <i>albo</i> <i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, z dużym ryzykiem wystąpienia przerzutów (PSA DT ≤ 10 mies.),</i> <i>albo</i> <i>leczenia dorosłych pacjentów w ramach uzupełniającej hormonoterapii w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej przez maksymalnie 2 lata, z grupy wysokiego ryzyka po radioterapii radykalnej, u których zdiagnozowano:</i> <i>a) obecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/+/-),</i> <i>lub</i> <i>b) nieobecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/-/) i przynajmniej 2 z 3 czynników: cecha T3-4, wskaźnik Gleasona 8-10, stężenie PSA równe lub większe niż 40 ng/ml.</i> <i>Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i>

Załącznik C.88.a.

SUNITINIB

Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzonej immunohistochemicznie ekspresją CD 117 po niepowodzeniu leczenia imatynibem w wyniku progresji lub nietolerancji.

Sunitynib u dzieci stosowany jest według schematu:

- a) dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych,*
- b) dzieci poniżej 6.r.ż. - dawka powinna być indywidualnie ustalana poczynając od 25 mg na dobę. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać przerwę w przyjmowaniu leku.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	SUNITINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	SUNITINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	SUNITINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	SUNITINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	SUNITINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	SUNITINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	SUNITINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	SUNITINIB	C16.0	WPUST
10.	SUNITINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	SUNITINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	SUNITINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	SUNITINIB	C16.4	ODŹWIERNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
14.	SUNITINIB	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	SUNITINIB	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	SUNITINIB	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	SUNITINIB	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	SUNITINIB	C17.0	DWUNASTNICA
19.	SUNITINIB	C17.1	JELITO CZCZE
20.	SUNITINIB	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	SUNITINIB	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	SUNITINIB	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	SUNITINIB	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	SUNITINIB	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	SUNITINIB	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	SUNITINIB	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	SUNITINIB	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	SUNITINIB	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	SUNITINIB	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	SUNITINIB	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	SUNITINIB	C18.7	ESICA
32.	SUNITINIB	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	SUNITINIB	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	SUNITINIB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	SUNITINIB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	SUNITINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
37.	SUNITINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	SUNITINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	SUNITINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.88.b.

SUNITINIB

Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym lub przerzutowym nieoperacyjnym mięsakiem pęcherzykowym (alveolar soft part sarcoma) lub samotnym guzem włóknistym (solitary fibrous tumor), a także u wcześniej poddanych chemioterapii pacjentów z mięsakiem naczyniowym (angiosarcoma) w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia - przy braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego.

Dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg na dobę. W celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
2.	SUNITINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ (KREZKA, KREZKA OKRĘŻNICY, SIEĆ, OTRZEWNA ŚCIENNA I MIEDNICY)
3.	SUNITINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
4.	SUNITINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
5.	SUNITINIB	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI (TKANKA ŁĄCZNA: UCHA, POWIEKI)
6.	SUNITINIB	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
7.	SUNITINIB	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
8.	SUNITINIB	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ, (DÓŁ PACHOWY, PRZEPONA, DUŻE NACZYNIA)
9.	SUNITINIB	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA (ŚCIANA JAMY BRZUSZNEJ, PODŻEBRZE)
10.	SUNITINIB	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY, (POŚLADEK, PACHWINA, KROCZE)
11.	SUNITINIB	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE, (GRZBIET BNO)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	SUNITINIB	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANEK MIĘKKICH
13.	SUNITINIB	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.88.c.

SUNITINIB

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka nerki (nie dotyczy chorych z nietolerancją pazopanibu albo sorafenibu),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia sunitynibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sorafenib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sunitynib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.88.d.

SUNITINIB

- *nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynnny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,*
- *udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii sunitinibem.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI Wyspy trzustkowe Langerhansa

Załącznik C.89.a.

SORAFENIB

Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym/przerzutowym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia imatynibem oraz sunitynibem.

Sorafenib stosowany w dawce 400 mg (dwie tabletki po 200 mg) dwa razy na dobę.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	SORAFENIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	SORAFENIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	SORAFENIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	SORAFENIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	SORAFENIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	SORAFENIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	SORAFENIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	SORAFENIB	C16.0	WPUST
10.	SORAFENIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	SORAFENIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	SORAFENIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	SORAFENIB	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	SORAFENIB	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	SORAFENIB	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	SORAFENIB	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	SORAFENIB	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	SORAFENIB	C17.0	DWUNASTNICA
19.	SORAFENIB	C17.1	JELITO CZCZE
20.	SORAFENIB	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	SORAFENIB	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	SORAFENIB	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A CIENKIEGO
23.	SORAFENIB	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	SORAFENIB	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	SORAFENIB	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	SORAFENIB	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	SORAFENIB	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	SORAFENIB	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	SORAFENIB	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	SORAFENIB	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	SORAFENIB	C18.7	ESICA
32.	SORAFENIB	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A GRUBEGO
33.	SORAFENIB	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	SORAFENIB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	SORAFENIB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	SORAFENIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	SORAFENIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	SORAFENIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
39.	SORAFENIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.89.b.

SORAFENIB

Lek stosowany u pacjentów z rozpoznaniem nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka wątrobowokomórkowego (HCC), którzy wcześniej nie zostali poddani systemowemu leczeniu z powodu HCC.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.89.c.

SORAFENIB

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanibu),*
- *udokumentowane niepowodzenie leczenia cytokinami (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanibu),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia sorafenibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sunitinib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sorafenib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYWNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.89.d.

SORAFENIB

- 1) *brodawkowaty, pęcherzykowy lub 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 wychytującej jodu lub progresji pomimo wychytu jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii;*
- 3) *progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY

Załącznik C.91.a.

EVEROLIMUS

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (jedna albo dwie linie) lub udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem immunoterapii albo immunoterapii i inhibitorów kinaz tyrozynowych,*
- *2 albo 3 linia leczenia,*
- *może być stosowany jako kontynuacja rozpoczętej terapii u pacjentów, którzy byli leczeni wcześniej cytokinami i inhibitorami kinaz tyrozynowych oraz rozpoczęli leczenie ewerolimusem w programie lekowym na zasadach w nim obowiązujących.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.91.b.

EVEROLIMUS

- nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynnny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,
- udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii ewerolimusem,

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI Wyspy trzustkowe Langerhansa

Załącznik C.91.c.

EVEROLIMUS

W leczeniu dzieci, młodzieży i dorosłych chorych na stwardnienie guzowe z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA, ang. subependymal giant cell astrocytoma).

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE

Załącznik C.92.a.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DASATINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>leczenie dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej</i> <i>w przypadku:</i> <i>niepowodzenia, utraty odpowiedzi lub nietolerancji na uprzednie leczenie inhibitorami kinazy tyrozynowej, w tym leczenie imatynibem.</i>

Załącznik C.92.b.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DASATINIB	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>leczenie dorosłych chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) oraz dorosłych chorych na kryzę limfoblastyczną przewlekłej białaczki szpikowej</i> <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub niepowodzenia leczenia (np. brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję) albo wznowy hematologicznej lub molekularnej (narastanie mierzalnej choroby resztkowej), jeśli protokół wcześniejszego leczenia nie obejmował dazatynibu,</i> <i>lub</i> <i>gdy wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie,</i> <i>lub</i> <i>gdy uzyskano całkowitą remisję hematologiczną lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia dazatynibem i prowadzone jest leczenie podtrzymujące obejmujące dazatynib, w tym po przeszczepieniu allogenicznym krwiotwórczych komórek macierzystych (w szczególności jeśli przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej),</i> <i>lub</i> <i>gdy przy rozpoznaniu lub na jakimkolwiek etapie leczenia stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).</i>

Załącznik C.92.c.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DASATINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>leczenie dzieci i młodzieży do lat 18 z przewlekłą białaczką szpikową z chromosomem Filadelfia (Ph+) w fazie przewlekłej</i> <i>w przypadku:</i> <i>nowo rozpoznanej przewlekłej białaczki szpikowej</i> <i>lub</i> <i>oporności lub nietolerancji na uprzednie leczenie, w tym leczenie imatynibem</i>
2.	DASATINIB	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>leczenie w skojarzeniu z chemioterapią dzieci i młodzieży do lat 18 z nowo rozpoznaną ostrą białaczką limfoblastyczną z chromosomem Filadelfia (Ph+)</i>

Załącznik C.93.

TRABECTEDIN

1) W leczeniu pacjentów chorych na nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) mięsaka tkanek miękkich o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma), po niepowodzeniu leczenia antracykliną i ifosfamidem albo z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania tych leków.

2) W leczeniu pacjentek z nawrotowym platynowrażliwym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej, u których jest przeciwwskazane zastosowanie schematu zawierającego związek platyny, w skojarzeniu z pegylowaną liposomalną doksorubicyną (PLD).

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRABECTEDIN	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
2.	TRABECTEDIN	C49	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
3.	TRABECTEDIN	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
4.	TRABECTEDIN	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

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 irynotekaniem, w przypadku progresji po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego).

W pierwszej linii u pacjentów bez progresji możliwe jest częściowe lub całkowite przerwanie leczenia (przerwanie podawania cetuksymabu, deeskalacja lub przerwanie chemioterapii) z możliwością ponownego zastosowania pierwotnego schematu po wystąpieniu progresji.

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

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlew podczas pierwszej dawki i 250 mg/m² powierzchni ciała w 1-godzinny wlew podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlew – w odstępach 14-dniowych.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W skojarzeniu z enkorafenibem, w leczeniu dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym przerzutowym lub miejscowo zaawansowanym rakiem jelita grubego z obecnością mutacji *BRAF V600E*, u których stwierdzono nieskuteczność lub nieakceptowalną toksyczność wcześniejszej terapii systemowej (druga lub kolejne linie leczenia):

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlew podczas pierwszej dawki i 250 mg/m² powierzchni ciała w 1-godzinny wlew podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlew – 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. *plaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie:*

— *stopień III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach).*

Leczenie trwa do czasu zakończenia planowanej radioterapii lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie - w tym związanych z przerwaniem napromieniania lub przerwą w napromienianiu przekraczającą 2 tygodnie.

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlewie podczas pierwszej dawki i 250 mg/m² powierzchni ciała w 1-godzinny wlewie podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlewie – w odstępach 14-dniowych.

2. *plaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny w zaawansowanej chorobie:*

— *nawrót lub przerzuty odległe przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania),*

— *wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem),*

— *brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU.*

Schemat EXTREME – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 250 mg/m² powierzchni ciała w odstępach 7-dniowych lub 500 mg/m² powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Schemat TPEx – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Po zakończeniu podawania chemioterapii (wg schematów EXTREME, TPEx) leczenie podtrzymujące cetuksymabem trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CETUXIMAB	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
2.	CETUXIMAB	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
3.	CETUXIMAB	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
4.	CETUXIMAB	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
5.	CETUXIMAB	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
6.	CETUXIMAB	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
7.	CETUXIMAB	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
8.	CETUXIMAB	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
9.	CETUXIMAB	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10.	CETUXIMAB	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
11.	CETUXIMAB	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
12.	CETUXIMAB	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
13.	CETUXIMAB	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
14.	CETUXIMAB	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>

Załącznik C.95.c.

CETUXIMAB

Plaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z chemioterapią (z zastosowaniem paklitakselu lub docetakselu) lub w monoterapii w chorobie nawrotowej lub przerzutowej:

- *niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem chemioterapii opartej o związki platyny oraz inhibitory PD-1 podawane jako leczenie skojarzone (pembrolizumab) lub sekwencyjne (niwolumab),*
- *wykluczenie uprzedniego stosowania leków anty-EGFR (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią).*

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m² – dawka nasycająca 1, kolejne dawki 250 mg/m² co 7 dni lub 500 mg/m² co 14 dni.

Czas trwania terapii: cetuksymab - do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności związanej z leczeniem.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CETUXIMAB	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
2.	CETUXIMAB	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
3.	CETUXIMAB	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
4.	CETUXIMAB	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
5.	CETUXIMAB	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
6.	CETUXIMAB	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	CETUXIMAB	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
8.	CETUXIMAB	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
9.	CETUXIMAB	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
10.	CETUXIMAB	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
11.	CETUXIMAB	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
12.	CETUXIMAB	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
13.	CETUXIMAB	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
14.	CETUXIMAB	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>

Załącznik C.96.

LAPATINIB

Lek stosowany w skojarzeniu z kapecytabiną lub trastuzumabem i.v. lub hormonoterapią, u chorych na przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi w drugiej lub kolejnej linii leczenia, a w pierwszej linii tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LAPATINIB	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	LAPATINIB	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI
3.	LAPATINIB	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	LAPATINIB	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	LAPATINIB	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	LAPATINIB	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	LAPATINIB	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	LAPATINIB	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	LAPATINIB	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.97.

CABAZITAXEL

W skojarzeniu z prednizonem lub prednizolonem jest wskazany do leczenia pacjentów dorosłych z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami, leczonych wcześniej docetakselem.

Czas od zakończenia chemioterapii z udziałem docetakselu powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CABAZITAXEL	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.98.

RADIUM (223RA) DICHLORIDE

W leczeniu pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami po uprzednim zastosowaniu, z powodu przerzutowego raka gruczołu krokowego, hormonoterapii lekiem nowej generacji (nowe antyandrogeny lub octan abirateronu) i chemioterapii albo brak możliwości lub medycznego uzasadnienia do ich zastosowania.

Potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności przynajmniej 6 przerzutów w kościach (w szczególnych przypadkach włączenie leczenia może dotyczyć chorych z liczbą przerzutów 4-5, jeżeli cechy choroby przemawiają za dużą szansą pozytywnego działania po ocenie stanu układu kostnego (scyntygrafia i pomiar gęstości mineralnej kości) oraz ocenie ryzyka złamań).

Nieobecność przerzutów w narządach wewnętrznych z wyjątkiem przerzutów w węzłach chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie, jednak nie dłużej niż 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RADIUM (223RA) DICHLORIDE	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.99.

AKSITINIB

1. Leczenie dorosłych chorych na zaawansowanego raka nerkowokomórkowego, z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych, 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.
2. Terapia skojarzona z pembrolizumabem w I linii leczenia raka nerkowokomórkowego u pacjentów z rokowaniem pośrednim lub niekorzystnym wg IMDC.

W przypadku terapii skojarzonej aksytynib podawany jest w dawce 5 mg dwa razy na dobę. U pacjentów tolerujących aksytynib w dawce 5 mg dwa razy na dobę przez 2 kolejne cykle leczenia (czyli 6 tygodni) bez występowania zdarzeń niepożądanych o nasileniu w stopniu powyżej 2. oraz z dobrze kontrolowanym ciśnieniem krwi nieprzekraczającym $\leq 150/90$ mmHg dozwolone jest zwiększenie dawki aksytynibu do 7 mg dwa razy na dobę. Na podstawie takich samych kryteriów dozwolone jest dalsze zwiększenie dawki aksytynibu do 10 mg dwa razy na dobę. W celu opanowania objawów toksyczności można przerwać podawanie aksytynibu lub zmniejszyć dawkę tego leku do 3 mg dwa razy na dobę i następnie do 2 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 DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	AKSITINIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.100.

TEMSIROLIMUS

Leczenie pierwszego rzutu nowotworu nerkowokomórkowego w stadium zaawansowanym u dorosłych pacjentów.

Kwalifikacja do leczenia pacjentów o sprawności w skali Karnofsky'ego 60-100.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TEMSIROLIMUS	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.101.a.

POMALIDOMID

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	POMALIDOMID	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY w przypadku: <i>leczenia w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid</i> albo <i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu oraz w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby*</i>

*dotyczy także leczenia skojarzonego z dodatkową składową refundowaną w ramach programu lekowego B.54. „Leczenie chorych na szpiczaka 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: <i>leczenia w skojarzeniu z cyklofosfamidem i deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid</i> albo <i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid</i>

Załącznik C.102.

BOSUTINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BOSUTINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA z udokumentowaną przy rozpoznaniu obecnością genu BCR-ABL1 lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w przypadku: – leczenia dorosłych chorych z nowo rozpoznaną przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej z wysokim ryzykiem wg ELTS (EUTOS long-term survival score); – leczenia dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej, którzy byli wcześniej leczeni jednym lub wieloma inhibitorami kinazy tyrozynowej i w przypadku których imatynib, nilotynib i dazatynib nie są właściwymi produktami leczniczymi – postępowanie zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).

Załącznik C.103.

NILOTINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NILOTINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA z udokumentowaną przy rozpoznaniu obecnością genu BCR-ABL1 lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w przypadku: – leczenia dorosłych chorych z nowo rozpoznaną przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej z wysokim ryzykiem wg ELTS (EUTOS long-term survival score); – leczenia dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji, w przypadku oporności lub nietolerancji na uprzednie leczenie, w tym leczenie imatynibem – postępowanie zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).

Załącznik C.104.a.

NAB-PACLITAXEL I.V.

Leczenie w monoterapii przerzutowego raka piersi u dorosłych pacjentów, u których leczenie pierwszego rzutu choroby przerzutowej okazało się nieskuteczne, i u których nie można zastosować standardowej terapii z antracyklinami.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.104.b.

NAB-PACLITAXEL I.V.

Leczenie w skojarzeniu z karboplatiną pierwszego rzutu niedrobnokomórkowego raka płuc u dorosłych pacjentów, którzy nie kwalifikują się do radykalnego zabiegu chirurgicznego lub radioterapii.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>w skojarzeniu z karboplatiną</i>

Załącznik C.104.c.

NAB-PACLITAXEL I.V.

- ukończony 18. rok życia,
- przerzutowy gruczolakorak trzustki w stadium uogólnienia,
- brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX,
- wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o założeniu paliatywnym.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
2.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.1	TRZON TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
3.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.2	OGON TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
4.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
5.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
6.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
7.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.9	TRZUSTKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>

Załącznik C.105.a.

REGORAFENIB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego u dorosłych pacjentów, po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan, leki anty-VEGF oraz anty-EGFR lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	REGORAFENIB	C18.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	REGORAFENIB	C19.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	REGORAFENIB	C20.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.105.b.

REGORAFENIB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego (HCC) u dorosłych pacjentów, w drugiej linii leczenia po wcześniejszej terapii sorafenibem lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do jego zastosowania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	REGORAFENIB	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.106.

RAMUCIRUMAB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego (HCC) u dorosłych pacjentów, u których stężenie alfa-fetoproteiny (AFP) w surowicy krwi wynosi ≥ 400 ng/ml, w drugiej linii leczenia po wcześniejszej terapii sorafenibem lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do jej zastosowania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RAMUCIRUMAB	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.107.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 odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia 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 plazmocytoowego i nowotworów złośliwych z komórek plazmatycznych – obecność co najmniej jednej zmiany osteolitycznej lub zmiany naciekającej kości oraz nietolerancja lub przeciwwskazania do stosowania bisfosfonianów lub stwierdzenie zaburzeń funkcji nerek.*

Monitorowanie stężenia wapnia oraz decyzje na temat odroczenia lub zakończenia stosowania denosumabu w związku z ryzykiem wystąpienia lub wystąpieniem martwicy kości szczęk należy podejmować zgodnie z zapisami aktualnie obowiązującej ChPL.

Leczenie denosumabem powinno być prowadzone do ustąpienia korzyści terapeutycznych lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DENOSUMAB	C00	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WARGI
2.	DENOSUMAB	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	DENOSUMAB	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	DENOSUMAB	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	DENOSUMAB	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA 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 PRZĘŁYKU
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 afliberceptem.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	AFLIBERCEPT	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	AFLIBERCEPT	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	AFLIBERCEPT	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.111.

KABOZANTYNIB

*W leczeniu dorosłych pacjentów w stanie sprawności 0-2 wg ECOG z nieresekcyjnymi lub przerzutowymi, **dobrze zróżnicowanymi** guzami neuroendokrynnymi, u których nie mogą być zastosowane - w przypadku oligoprogresji, terapie lokoregionalne:*

- *pozaatrzustkowymi (epNET), u których doszło do progresji choroby po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej terapii ogólnoustrojowej innej niż analogi somatostatyny,*
- *trzustkowymi (pNET), którzy zakończyli leczenie terapią izotopową ukierunkowaną na receptory peptydowe (PRRT), sunitynibem i ewerolimusem, lub u których istnieją przeciwwskazania do zastosowania tych terapii.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Nowotwory neuroendokrynnne (NET) są kodowane zgodnie z lokalizacją anatomiczną guza pierwotnego według klasyfikacji ICD-10. Z uwagi na heterogenność biologiczną i kliniczną NET, katalog kodów nie ma charakteru zamkniętego i może obejmować inne kody ICD-10 odpowiadające nowotworom neuroendokrynnym, zgodnie z aktualną dokumentacją medyczną pacjenta.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	KABOZANTYNIB	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
2.	KABOZANTYNIB	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
3.	KABOZANTYNIB	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
4.	KABOZANTYNIB	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
5.	KABOZANTYNIB	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
6.	KABOZANTYNIB	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
7.	KABOZANTYNIB	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
8.	KABOZANTYNIB	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
9.	KABOZANTYNIB	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
10.	KABOZANTYNIB	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	KABOZANTYNIB	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	KABOZANTYNIB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
13.	KABOZANTYNIB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
14.	KABOZANTYNIB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
15.	KABOZANTYNIB	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
16.	KABOZANTYNIB	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
17.	KABOZANTYNIB	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
18.	KABOZANTYNIB	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
19.	KABOZANTYNIB	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
20.	KABOZANTYNIB	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
21.	KABOZANTYNIB	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMYNOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
22.	KABOZANTYNIB	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
23.	KABOZANTYNIB	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
24.	KABOZANTYNIB	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
25.	KABOZANTYNIB	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
26.	KABOZANTYNIB	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
27.	KABOZANTYNIB	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
28.	KABOZANTYNIB	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
29.	KABOZANTYNIB	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30.	KABOZANTYNIB	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
31.	KABOZANTYNIB	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
32.	KABOZANTYNIB	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
33.	KABOZANTYNIB	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
34.	KABOZANTYNIB	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
35.	KABOZANTYNIB	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
36.	KABOZANTYNIB	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
37.	KABOZANTYNIB	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
38.	KABOZANTYNIB	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
39.	KABOZANTYNIB	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
40.	KABOZANTYNIB	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
41.	KABOZANTYNIB	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
42.	KABOZANTYNIB	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
43.	KABOZANTYNIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
44.	KABOZANTYNIB	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
45.	KABOZANTYNIB	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
46.	KABOZANTYNIB	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
47.	KABOZANTYNIB	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
48.	KABOZANTYNIB	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
49.	KABOZANTYNIB	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
50.	KABOZANTYNIB	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	KABOZANTYNIB	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ

D 1. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590
3	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675
4	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
7	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113
10	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229
11	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
13	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272
14	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319
15	Acidum ursodeoxycholicum	Prousan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
17	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
18	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
19	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
20	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
21	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
22	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327
23	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426
24	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
25	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
26	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
27	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
28	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
29	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
30	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
31	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786
32	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
33	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021
34	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
35	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
36	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fioł.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118
37	Allopurinolum	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. powł., 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. powł., 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. powł., 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. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649
65	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
66	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915
67	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011
68	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991466114
69	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991520250
70	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
72	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
73	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
74	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
75	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
76	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
77	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
78	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
79	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
80	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
81	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
82	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
83	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
84	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
85	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827
86	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926
87	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
88	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
89	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
90	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
91	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
92	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
93	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
94	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
95	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
96	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
97	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
98	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
99	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
100	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
101	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
102	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
103	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
104	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
105	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
106	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
107	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122

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., 750 mg	16 szt.	05909991043629
109	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
110	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
111	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
112	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
113	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
114	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
115	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
116	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139
117	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117
118	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619
119	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
120	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361
121	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874
122	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
123	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
124	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
125	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabł. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
126	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabł. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
127	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833
128	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819
129	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826
130	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
131	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
132	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319
133	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
134	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
135	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	059017977111108
136	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	059017977111115
137	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
138	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. 100 ml	05909991343279
139	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
140	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255
141	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908
142	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953

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	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318
144	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
145	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
146	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
147	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
148	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
149	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800
150	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
151	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
152	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
153	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
154	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
155	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
156	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
157	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
158	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
159	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
160	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
161	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
162	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
163	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
164	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
165	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
166	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
167	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
168	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
169	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
170	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
171	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
172	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337
173	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382
174	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168
175	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175
176	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199
177	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205
178	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273
179	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266

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	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
181	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
182	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
183	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
184	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
185	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754
186	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
187	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082
188	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	56 szt.	05900411013505
189	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	84 szt.	05900411013512
190	Aripiprazolum	Apra, tabl., 5 mg	28 szt.	05906414001051
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 +pharma, tabl., 15 mg	60 szt.	05901720141774
215	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991263799
216	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991263805

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., 15 mg	28 szt.	05909991263850
218	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991263935
219	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
220	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666
221	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
222	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680
223	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
224	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
225	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762
226	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946
227	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225
228	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531
229	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
230	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555
231	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
232	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
233	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
234	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034
235	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696
236	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
237	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908
238	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
239	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
240	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984
241	Atomoxetineum	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991412173
242	Atomoxetineum	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991412241
243	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380
244	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601
245	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496
246	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985
247	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717
248	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241
249	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586
250	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609
251	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647
252	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815
253	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
254	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914
255	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806
256	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173
257	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282
258	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299
259	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464
260	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471
261	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488
262	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336
263	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374
264	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991321611
265	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710
266	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896
267	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902
268	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919
269	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926
270	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933
271	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940
272	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053
273	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920
274	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951
275	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975
276	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275
277	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305
278	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336
279	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459
280	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655
281	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662
282	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686
283	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730
284	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	08595566453541
285	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991444747
286	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792
287	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08595566453589
288	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853
289	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400
290	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530

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 Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547
292	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
293	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
294	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
295	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
296	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991562700
297	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991562717
298	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992
299	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991562724
300	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
301	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
302	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
303	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717
304	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
305	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
306	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
307	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
308	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
309	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
310	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508
311	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539
312	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553
313	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638
314	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652
315	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676
316	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782
317	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805
318	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867
319	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097
320	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103
321	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976
322	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134
323	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042
324	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141
325	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290
326	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368
327	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
328	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443
329	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071
330	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161
331	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178
332	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185
333	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208
334	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
335	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
336	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
337	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
338	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
339	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
340	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911
341	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935
342	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997
343	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
344	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
345	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810
346	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816
347	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412
348	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518
349	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738
350	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752
351	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030
352	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320
353	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337
354	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344
355	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
356	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319
357	Azithromycinum	Azycyna, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566
358	Azithromycinum	Azycyna, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990073573
359	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421
360	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520
361	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608
362	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
363	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
364	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
365	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
366	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214
367	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417
368	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	1 but. 150 ml	05909990363223
369	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampulek po 1 ml	05909990121625
370	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518
371	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
372	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
373	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
374	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
375	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
376	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769
377	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776
378	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
379	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
380	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
381	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
382	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
383	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
384	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219
385	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529
386	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420
387	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049
388	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056
389	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070
390	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063
391	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
392	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
393	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
394	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
395	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852
396	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869
397	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791
398	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807
399	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501
400	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600
401	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
402	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554
403	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400
404	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448
405	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024
406	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
407	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
408	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483
409	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490
410	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990974641
411	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
412	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
413	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
414	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588
415	Brivaracetamum	Abavalex, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	09008732019346
416	Brivaracetamum	Brabela, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991582647
417	Brivaracetamum	Brabela, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991582609
418	Brivaracetamum	Brabela, tabl. powł., 75 mg	56 szt.	05909991582623
419	Brivaracetamum	Brivaracetam Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991588458
420	Brivaracetamum	Brivaracetam Accord, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991588342
421	Brivaracetamum	Brivaracetam Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991586515
422	Brivaracetamum	Brivaracetam Teva, tabl. powł., 25 mg	56 szt.	05909991586492
423	Brivaracetamum	Brivaracetam Teva, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991586508
424	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
425	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333
426	Brivaracetamum	Eronavis, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	06432100108036
427	Brivaracetamum	Gemgerta, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991580476
428	Bromocriptinum	Bromocom, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
429	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
430	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
431	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
432	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
433	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
434	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354
435	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323
436	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286
437	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
438	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082

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	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
440	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
441	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169
442	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
443	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
444	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966
445	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314
446	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925
447	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
448	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
449	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332
450	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
451	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
452	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
453	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615
454	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714
455	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813
456	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
457	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866
458	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 daw.	05907626709476
459	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
460	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
461	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
462	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971
463	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932
464	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963
465	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
466	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
467	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
468	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
469	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
470	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
471	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
472	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
473	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
474	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
475	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087

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	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
477	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961
478	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029
479	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081
480	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127
481	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226
482	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325
483	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
484	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
485	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919
486	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249
487	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
488	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
489	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
490	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
491	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080
492	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
493	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
494	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029
495	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
496	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
497	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
498	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
499	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
500	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
501	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
502	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
503	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
504	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
505	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876
506	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
507	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
508	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
509	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364
510	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449
511	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289
512	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945

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	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
514	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
515	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
516	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
517	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
518	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
519	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
520	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
521	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
522	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
523	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990772209
524	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990772230
525	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990772179
526	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
527	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
528	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
529	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
530	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
531	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
532	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
533	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
534	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
535	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
536	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
537	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
538	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
539	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
540	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
541	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129
542	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
543	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
544	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
545	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
546	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
547	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
548	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
549	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
1	2	3	4	5
550	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
551	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
552	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990687909
553	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt.	05909990687930
554	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862
555	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879
556	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886
557	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893
558	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
559	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
560	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
561	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712
562	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428
563	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411
564	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527
565	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510
566	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927
567	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910
568	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
569	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
570	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
571	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
572	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840
573	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857
574	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697
575	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703
576	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145
577	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152
578	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183
579	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190
580	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831
581	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855
582	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
583	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
584	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120
585	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
586	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
587	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355
588	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362
589	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991263386
590	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991263409
591	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416
592	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753
593	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946
594	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390
595	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953
596	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991526108
597	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991526115
598	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
599	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
600	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990468812
601	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213
602	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312
603	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411
604	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575
605	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093
606	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077
607	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118
608	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435
609	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932
610	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949
611	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641
612	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729
613	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736
614	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793
615	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
616	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
617	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441
618	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250
619	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725
620	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
621	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020
622	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515
623	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
624	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618
625	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409
626	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416
627	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017
628	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116
629	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
630	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
631	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
632	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447
633	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454
634	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463
635	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
636	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
637	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
638	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
639	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
640	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716
641	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
642	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
643	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
644	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
645	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
646	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
647	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
648	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414
649	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216
650	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514
651	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964
652	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012
653	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613
654	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626
655	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010
656	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546
657	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
658	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446
659	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
660	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
661	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990081165
662	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532
663	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549
664	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727
665	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710
666	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
667	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
668	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819
669	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826
670	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419
671	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117
672	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416
673	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438
674	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520
675	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537
676	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544
677	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207
678	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210
679	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
680	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
681	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
682	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510
683	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
684	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
685	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916
686	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012
687	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
688	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
689	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715
690	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
691	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705
692	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606
693	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
694	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
695	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
696	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
697	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
698	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838
699	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852
700	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
701	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654
702	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678
703	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
704	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611
705	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
706	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
707	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
708	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
709	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359
710	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
711	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533
712	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540
713	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358
714	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341
715	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548
716	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
717	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
718	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
719	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
720	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
721	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991565367
722	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
723	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991565404
724	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
725	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633
726	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991565398
727	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382
728	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436
729	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
730	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
731	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
732	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
733	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
734	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
735	Diazepamum	Relsed, mikrowlewką doodbytniczą, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
736	Dienogestum	Aridya, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991430702
737	Dienogestum	Aridya, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991430719
738	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991405120
739	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569
740	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576
741	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978
742	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962
743	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552
744	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
745	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
746	Domasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp. po 2,5 ml	05909990375813
747	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306
748	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313
749	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
750	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015
751	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
752	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
753	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
754	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936
755	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943
756	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
757	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
758	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
759	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
760	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
761	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
762	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955
763	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049
764	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056
765	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
766	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
767	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890
768	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255
769	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293
770	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
771	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
772	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
773	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
774	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
775	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
776	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
777	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
778	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
779	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
780	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
781	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
782	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
783	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
784	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
785	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
786	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
787	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
788	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
789	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
790	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
791	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
792	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
793	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
794	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
795	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
796	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
797	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497
798	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
799	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
800	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
801	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997
802	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
803	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
804	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
805	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
806	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
807	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
808	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
809	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574
810	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581
811	Duloxetine	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
812	Duloxetine	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
813	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
814	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
815	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
816	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071
817	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
818	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
819	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277
820	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321
821	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
822	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
823	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752
824	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369
825	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
826	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219
827	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
828	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688
829	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
830	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
831	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
832	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
833	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
834	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
835	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
836	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
837	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
838	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
839	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
840	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
841	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
842	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
843	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
844	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
845	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
846	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
847	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
848	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581
849	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543
850	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550
851	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567
852	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574
853	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
854	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
855	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096
856	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010
857	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034
858	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058
859	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072
860	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
861	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
862	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
863	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160
864	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
865	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
866	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
867	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
868	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
869	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
870	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762
871	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280
872	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
873	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
874	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778
875	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
876	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555
877	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
878	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282
879	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
880	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
881	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835
882	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
883	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
884	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Atrotil Combo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05903060632462
885	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
886	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
887	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Bromiduo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05900411010702
888	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
889	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
890	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
891	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
892	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050
893	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
894	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081
895	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
896	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
897	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
898	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
899	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
900	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279
901	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
902	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
903	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955503
904	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
905	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955541
906	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
907	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846
908	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860
909	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
910	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853
911	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877
912	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
913	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
914	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
915	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
916	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
917	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
918	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261
919	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
920	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
921	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
922	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
923	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219
924	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932
925	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
926	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
927	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
928	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
929	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
930	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457
931	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798
932	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
933	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
934	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
935	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
936	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
937	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
938	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
939	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
940	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
941	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
942	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008
943	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995
944	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022
945	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039
946	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294
947	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
948	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533
949	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
950	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
951	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
952	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
953	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
954	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
955	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
956	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991317621

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
957	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
958	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328
959	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311
960	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
961	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
962	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296
963	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612
964	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629
965	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371
966	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
967	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839
968	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
969	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
970	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
971	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
972	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423
973	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416
974	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
975	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522
976	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515
977	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
978	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
979	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938001
980	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938025
981	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
982	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
983	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991442064
984	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
985	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060
986	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803
987	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797
988	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810
989	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
990	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
991	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
992	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
993	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
994	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
995	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447557
996	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447595
997	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447632
998	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583798
999	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583804
1000	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583781
1001	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1002	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1003	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1004	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1005	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1006	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1007	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1008	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
1009	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
1010	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
1011	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
1012	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
1013	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1014	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1015	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1016	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1017	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1018	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1019	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1020	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
1021	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1022	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
1023	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1024	Fluticasonum + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 60 daw.	05909991579807
1025	Fluticasonum + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 60 daw.	05909991593414
1026	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1027	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1028	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1029	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
1030	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990937981

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1031	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
1032	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1033	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
1034	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1035	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294
1036	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1037	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1038	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1039	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1040	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000
1041	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1042	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
1043	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1044	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1045	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1046	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588
1047	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1048	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1049	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
1050	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1051	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1052	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991576400
1053	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991576417
1054	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087
1055	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991576424
1056	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1057	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1058	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1059	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
1060	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1061	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1062	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
1063	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1064	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
1065	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
1066	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1067	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1068	Hydrocortisoni acetat	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
1069	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1070	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Eugia, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909991556105
1071	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1072	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1073	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1074	Icatibantum	Firazyt, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strzyk. po 3 ml	05909990740635
1075	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712
1076	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461
1077	Indacaterolum + Mometasoni furoas	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531
1078	Indacaterolum + Mometasoni furoas	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125+260 µg	30 szt.	07613421045548
1079	Indacaterolum + Mometasoni furoas	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524
1080	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053
1081	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639
1082	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1083	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1084	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
1085	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
1086	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1087	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1088	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1089	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562
1090	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741
1091	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909991201982
1092	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717
1093	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
1094	Insulinum glarginum	Semglee, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05397315001460
1095	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
1096	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
1097	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1098	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1099	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1100	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
1101	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
1102	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
1103	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
1104	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1105	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
1106	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
1107	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
1108	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
1109	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
1110	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990246014
1111	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990246717
1112	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990247011
1113	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990348923
1114	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990238323
1115	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990348121
1116	Insulinum humanum	Polhumín Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022921
1117	Insulinum humanum	Polhumín Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023027
1118	Insulinum humanum	Polhumín Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023126
1119	Insulinum humanum	Polhumín Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023324
1120	Insulinum humanum	Polhumín N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022525
1121	Insulinum humanum	Polhumín R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022822
1122	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990455010
1123	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990455614
1124	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990692422
1125	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1126	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1127	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1128	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990005536
1129	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 200 daw.	05909991185879
1130	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1131	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but. po 20 ml	05909990322114
1132	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 200 daw.	05909991306236
1133	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1134	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1135	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331
1136	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1137	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1138	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1139	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulát musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz. po 3 g	05909990269310
1140	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulát do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1141	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1142	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1143	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
1144	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1145	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814
1146	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1147	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1148	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1149	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1150	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1151	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1152	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05055565743331
1153	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05055565743348
1154	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05055565743355
1155	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05055565743324
1156	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	04260598450540
1157	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	04260598450557
1158	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	04260598450564
1159	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	04260598450533
1160	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358
1161	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1162	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1163	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341
1164	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991384234
1165	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991384241
1166	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991384258
1167	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991384197
1168	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505
1169	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1170	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1171	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1172	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1173	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1174	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1175	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
1176	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1177	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
1178	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1179	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1180	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1181	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1182	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1183	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1184	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1185	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1186	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1187	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
1188	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1189	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	30 poj.	04987084320674
1190	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	90 poj.	04987084324894
1191	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1192	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1193	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1194	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1195	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1196	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
1197	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
1198	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524
1199	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531
1200	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818
1201	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825
1202	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 7,5 ml	05900257102555
1203	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991220365
1204	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991220396
1205	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
1206	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311
1207	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1208	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1209	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
1210	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1211	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1212	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1213	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458
1214	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465
1215	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1216	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609
1217	Latanoprostum + Timololum	Xalofree Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 7,5 ml	05909991567125
1218	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
1219	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
1220	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990977826
1221	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482
1222	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1223	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990977925
1224	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1225	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1226	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980
1227	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031
1228	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079
1229	Leflunomidum	Leflunomide Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991498238
1230	Leflunomidum	Leflunomide Aurovitas, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991498306
1231	Leflunomidum	Leflunomide Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991498443
1232	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1233	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388
1234	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1235	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466
1236	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1237	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
1238	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1239	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1240	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1241	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1242	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755
1243	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
1244	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1245	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909991374501
1246	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1247	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1248	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1249	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1250	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1251	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1252	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
1253	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1254	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1255	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957
1256	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1257	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183
1258	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
1259	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1260	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1261	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1262	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1263	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1264	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1265	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
1266	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1267	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1268	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1269	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1270	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272
1271	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1272	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841
1273	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
1274	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1275	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
1276	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1277	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1278	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1279	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1280	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1281	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1282	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
1283	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1284	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
1285	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1286	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1287	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1288	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943
1289	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1290	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1291	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1292	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
1293	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1294	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1295	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733
1296	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
1297	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1298	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1299	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1300	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1301	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1302	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1303	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1304	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1305	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1306	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1307	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1308	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
1309	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1310	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1311	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1312	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
1313	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1314	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1315	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
1316	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1317	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1318	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1319	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
1320	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1321	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1322	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
1323	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1324	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1325	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1326	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1327	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1328	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1329	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
1330	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1331	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
1332	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1333	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1334	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1335	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1336	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1337	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122
1338	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023
1339	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927
1340	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1341	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
1342	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1343	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1344	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350
1345	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1346	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1347	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1348	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1349	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1350	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
1351	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1352	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
1353	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1354	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990638659
1355	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990818914
1356	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990649112
1357	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909990649129
1358	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1359	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905
1360	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1361	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1362	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1363	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1364	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768
1365	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991560775
1366	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991560782
1367	Lurasidonum	Asil, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05907637916511
1368	Lurasidonum	Asil, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05907637916535
1369	Lurasidonum	Asil, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05907637916559
1370	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670
1371	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1372	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1373	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05901720141217
1374	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05901720141224
1375	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05901720141231
1376	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	09008732018684
1377	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	09008732018707
1378	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	09008732018721
1379	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991576431
1380	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991576448
1381	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991576455
1382	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05903060631908
1383	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05903060631915
1384	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05903060631922
1385	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1386	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1387	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1388	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006
1389	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1390	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568
1391	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575
1392	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514
1393	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1394	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1395	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1396	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1397	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1398	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1399	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1400	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813

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	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sas.z.po 2 g granulatu	05909990855315
1402	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sas.z.	05909990974184
1403	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sas.z.	05909991273989
1404	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1405	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1406	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815
1407	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1408	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1409	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1410	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1411	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430
1412	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1413	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1414	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117
1415	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1416	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1417	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1418	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1419	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1420	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1421	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1422	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1423	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1424	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
1425	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1426	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1427	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1428	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1429	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1430	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1431	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1432	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
1433	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1434	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1435	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1436	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1437	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981

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	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1439	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1440	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1441	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1442	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1443	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1444	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1445	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1446	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1447	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1448	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751
1449	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990624768
1450	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1451	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1452	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1453	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1454	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1455	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1456	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1457	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
1458	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1459	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1460	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1461	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1462	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1463	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1464	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1465	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1466	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1467	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1468	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1469	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
1470	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1471	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1472	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1473	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	08595566456283
1474	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	08595566456214

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 Medreg, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	08595566456245
1476	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	08595566456252
1477	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	08595566455996
1478	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	08595566456023
1479	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	08595566456177
1480	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	08595566456139
1481	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	08595566456146
1482	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
1483	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
1484	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
1485	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
1486	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1487	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236
1488	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331
1489	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335
1490	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1491	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1492	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1493	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1494	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1495	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1496	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1497	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1498	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763
1499	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
1500	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991271701
1501	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
1502	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991271749
1503	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991453558
1504	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
1505	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991453497
1506	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
1507	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991453510
1508	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
1509	Metotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1510	Metotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1511	Metotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1512	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1513	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1514	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1515	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1516	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1517	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1518	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1519	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1520	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1521	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1522	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1523	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1524	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1525	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1526	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323
1527	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378
1528	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453
1529	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1530	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1531	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1532	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1533	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1534	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1535	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1536	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1537	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1538	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1539	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1540	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1541	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1542	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1543	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1544	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1545	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1546	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1547	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1548	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1549	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1550	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1551	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1552	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1553	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1554	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1555	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1556	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1557	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1558	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
1559	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
1560	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187068
1561	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187051
1562	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
1563	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187082
1564	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187129
1565	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187112
1566	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
1567	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187143
1568	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187181
1569	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187174
1570	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187242
1571	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187235
1572	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
1573	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187297
1574	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
1575	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187020
1576	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909991495817
1577	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 27 mg	30 szt.	05909991495831
1578	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909991495879
1579	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 45 mg	30 szt.	05909991531140
1580	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 54 mg	30 szt.	05909991495886
1581	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021
1582	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038
1583	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198
1584	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204
1585	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1586	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg. kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235
1587	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg. kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242
1588	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg. kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259
1589	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg. kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266
1590	Methylphenidati hydrochloridum	Mindetra, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05908289660685
1591	Methylphenidati hydrochloridum	Mindetra, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 27 mg	30 szt.	05908289660692
1592	Methylphenidati hydrochloridum	Mindetra, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05908289660708
1593	Methylphenidati hydrochloridum	Mindetra, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 54 mg	30 szt.	05908289660715
1594	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
1595	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidocainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
1596	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215
1597	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123
1598	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
1599	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
1600	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
1601	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
1602	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
1603	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1604	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1605	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1606	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962
1607	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1608	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391
1609	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1610	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1611	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1612	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1613	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1614	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1615	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
1616	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
1617	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599
1618	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991449568
1619	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575
1620	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582
1621	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2 ml	4 strzykawki doustne	05909991500269
1622	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500207

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1623	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 strzykawki doustne	05909991500221
1624	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500245
1625	mieszanki alergicoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
1626	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
1627	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
1628	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366
1629	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1630	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
1631	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1632	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1633	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1634	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1635	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
1636	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991031275
1637	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991099688
1638	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
1639	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990670758
1640	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
1641	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
1642	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
1643	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
1644	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
1645	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
1646	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
1647	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
1648	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
1649	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
1650	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
1651	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255
1652	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
1653	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
1654	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
1655	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
1656	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
1657	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013

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	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481
1659	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
1660	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
1661	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
1662	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090
1663	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
1664	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
1665	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
1666	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
1667	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
1668	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
1669	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
1670	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
1671	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
1672	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
1673	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
1674	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
1675	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237
1676	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534
1677	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
1678	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
1679	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435
1680	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
1681	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425
1682	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
1683	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
1684	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
1685	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
1686	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993
1687	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268
1688	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185
1689	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208
1690	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1691	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1692	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
1693	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
1694	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1695	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435
1696	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
1697	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
1698	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
1699	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
1700	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
1701	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
1702	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
1703	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438
1704	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536
1705	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515
1706	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543
1707	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782
1708	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799
1709	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805
1710	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836
1711	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
1712	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
1713	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
1714	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315
1715	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912
1716	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418
1717	Nimesulidum	Nimesil, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338
1718	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
1719	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
1720	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
1721	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
1722	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
1723	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781
1724	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743
1725	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106
1726	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592
1727	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343
1728	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300
1729	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622
1730	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05995327199160
1731	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1732	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666
1733	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649
1734	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870
1735	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526
1736	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475
1737	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
1738	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
1739	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
1740	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
1741	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
1742	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365
1743	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593
1744	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341
1745	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586
1746	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389
1747	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
1748	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402
1749	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
1750	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991534776
1751	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535018
1752	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991535117
1753	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991535094
1754	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
1755	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
1756	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
1757	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
1758	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
1759	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
1760	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
1761	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
1762	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
1763	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895
1764	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218
1765	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126
1766	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
1767	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539
1768	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1769	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
1770	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246
1771	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
1772	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805
1773	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782
1774	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910
1775	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265
1776	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367
1777	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241
1778	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374
1779	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258
1780	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000
1781	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991530945
1782	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991530969
1783	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927
1784	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258
1785	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343
1786	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265
1787	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350
1788	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272
1789	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942
1790	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
1791	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911
1792	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812
1793	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
1794	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
1795	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
1796	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
1797	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
1798	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
1799	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
1800	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
1801	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123
1802	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061
1803	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
1804	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
1805	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1806	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
1807	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
1808	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
1809	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
1810	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
1811	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610
1812	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013
1813	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184
1814	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737
1815	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744
1816	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751
1817	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768
1818	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603
1819	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917
1820	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177
1821	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
1822	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
1823	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
1824	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
1825	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
1826	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
1827	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
1828	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
1829	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
1830	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
1831	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
1832	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
1833	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
1834	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
1835	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
1836	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
1837	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
1838	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
1839	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
1840	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
1841	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011
1842	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1843	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581
1844	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716
1845	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635
1846	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723
1847	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816
1848	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693
1849	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
1850	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
1851	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630
1852	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513
1853	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438
1854	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353
1855	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599
1856	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
1857	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
1858	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809
1859	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225
1860	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537
1861	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
1862	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
1863	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612
1864	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
1865	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
1866	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
1867	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695
1868	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
1869	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
1870	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
1871	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
1872	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
1873	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
1874	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
1875	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298
1876	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510
1877	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
1878	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
1879	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1880	Ondansetronum	Zofran Zydys, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
1881	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811
1882	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910
1883	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823
1884	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854
1885	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
1886	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
1887	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615
1888	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
1889	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
1890	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
1891	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
1892	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
1893	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
1894	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
1895	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
1896	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
1897	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
1898	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
1899	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
1900	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
1901	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
1902	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
1903	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827
1904	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865
1905	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902
1906	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742
1907	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940
1908	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05903060634244
1909	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164
1910	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
1911	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
1912	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525
1913	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
1914	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532
1915	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
1916	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1917	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774
1918	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842
1919	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859
1920	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
1921	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337
1922	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
1923	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
1924	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640
1925	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732
1926	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
1927	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
1928	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
1929	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
1930	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
1931	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552
1932	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
1933	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371
1934	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
1935	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
1936	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
1937	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
1938	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
1939	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
1940	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
1941	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981
1942	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
1943	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
1944	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
1945	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
1946	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
1947	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
1948	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
1949	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334
1950	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681
1951	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372
1952	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
1953	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1954	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217
1955	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
1956	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
1957	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
1958	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
1959	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
1960	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
1961	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
1962	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
1963	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
1964	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
1965	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
1966	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
1967	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205
1968	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
1969	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
1970	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
1971	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310
1972	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
1973	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
1974	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
1975	Posaconazolum	Posaconazole Viatris, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
1976	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
1977	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699
1978	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
1979	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668
1980	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
1981	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
1982	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
1983	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
1984	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
1985	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321
1986	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390
1987	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352
1988	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345
1989	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338
1990	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1991	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383
1992	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406
1993	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420
1994	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345
1995	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338
1996	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444
1997	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05900411014441
1998	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 300 mg	70 szt.	05900411014472
1999	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05900411014458
2000	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	0590999009350
2001	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
2002	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	0590999009367
2003	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	0590999009282
2004	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	0590999009299
2005	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2006	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2007	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
2008	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2009	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2010	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
2011	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2012	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2013	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2014	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2015	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
2016	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004
2017	Progesteronum	Cyclogest, globulki, 400 mg	15 szt.	05909991531089
2018	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2019	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
2020	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2021	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2022	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
2023	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2024	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
2025	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004
2026	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 400 mg	15 szt.	05909991569747
2027	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2028	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2029	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2030	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Famapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2031	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2032	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319
2033	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2034	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2035	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2036	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2037	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389
2038	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2039	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2040	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2041	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630
2042	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2043	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2044	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2045	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2046	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2047	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2048	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990081233
2049	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761
2050	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990081196
2051	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2052	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2053	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2054	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2055	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2056	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2057	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2058	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2059	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2060	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676
2061	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2062	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2063	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367
2064	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2065	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2066	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403
2067	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2068	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335
2069	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2070	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2071	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2072	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2073	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265
2074	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2075	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2076	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2077	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590
2078	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2079	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2080	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675
2081	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2082	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2083	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991583842
2084	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2085	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2086	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516
2087	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615
2088	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2089	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2090	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2091	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2092	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2093	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2094	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2095	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
2096	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2097	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2098	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
2099	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2100	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2101	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2102	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2103	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910
2104	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016
2105	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2106	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703
2107	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2108	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2109	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2110	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903
2111	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787
2112	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2113	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2114	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2115	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
2116	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
2117	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
2118	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
2119	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
2120	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
2121	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2122	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2123	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303
2124	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2125	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
2126	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2127	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2128	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2129	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2130	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2131	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2132	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2133	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750
2134	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475
2135	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2136	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2137	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2138	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
1	2	3	4	5
2139	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2140	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535
2141	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2142	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
2143	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2144	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
2145	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2146	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
2147	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
2148	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2149	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2150	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2151	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2152	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2153	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2154	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2155	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2156	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2157	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2158	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2159	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2160	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272
2161	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2162	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2163	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2164	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2165	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2166	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2167	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524
2168	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548
2169	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2170	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2171	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2172	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2173	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586
2174	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2175	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
2176	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
2177	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
2178	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2179	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2180	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2181	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2182	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2183	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2184	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2185	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2186	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2187	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2188	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2189	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2190	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2191	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2192	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2193	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920
2194	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2195	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184
2196	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2197	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2198	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2199	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605
2200	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2201	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612
2202	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158
2203	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984
2204	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812
2205	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165
2206	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103
2207	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775
2208	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604
2209	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2210	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659
2211	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981
2212	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673
2213	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574
2214	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674
2215	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698
2216	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759
2217	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773
2218	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841
2219	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865
2220	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599
2221	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636
2222	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079
2223	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086
2224	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093
2225	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062
2226	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250
2227	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304
2228	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380
2229	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403
2230	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458
2231	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533
2232	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588
2233	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663
2234	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687
2235	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724
2236	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786
2237	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892
2238	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106
2239	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182
2240	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743
2241	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781
2242	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873
2243	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927
2244	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009
2245	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061
2246	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2247	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
2248	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647
2249	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
2250	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
2251	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
2252	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
2253	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
2254	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
2255	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
2256	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
2257	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
2258	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
2259	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785
2260	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333
2261	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079
2262	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839
2263	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340
2264	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109
2265	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990777853
2266	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010
2267	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881
2268	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
2269	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928
2270	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826
2271	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
2272	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
2273	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424
2274	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431
2275	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
2276	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
2277	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099
2278	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991551636
2279	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991551551
2280	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739
2281	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654
2282	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317
2283	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2284	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685
2285	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692
2286	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990804375
2287	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368
2288	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990804351
2289	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344
2290	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615
2291	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622
2292	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660
2293	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516
2294	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523
2295	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561
2296	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621
2297	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690
2298	Sertralinum	Sertraline Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566457136
2299	Sertralinum	Sertraline Medreg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	08595566457051
2300	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163
2301	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040
2302	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963
2303	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925
2304	Sertralinum	Zoloft, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215
2305	Sertralinum	Zoloft, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116
2306	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472
2307	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982
2308	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
2309	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286
2310	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
2311	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532
2312	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990649655
2313	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110
2314	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219
2315	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318
2316	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650
2317	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667
2318	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273
2319	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297
2320	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2321	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591
2322	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812
2323	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829
2324	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031
2325	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
2326	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715
2327	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
2328	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012
2329	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111
2330	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714
2331	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114
2332	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213
2333	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215
2334	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314
2335	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913
2336	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026
2337	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124
2338	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
2339	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210
2340	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
2341	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
2342	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
2343	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
2344	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
2345	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
2346	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
2347	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
2348	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
2349	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
2350	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
2351	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
2352	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	08595566454760
2353	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	20 szt.	08595566454715
2354	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 100+300 IR	31 szt.	05909991484194
2355	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909991484170

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2356	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909991484187
2357	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat podjęzykowy, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521
2358	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232
2359	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263
2360	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294
2361	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331
2362	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
2363	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304
2364	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000
2365	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161
2366	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426
2367	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847
2368	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
2369	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
2370	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
2371	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
2372	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
2373	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
2374	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
2375	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
2376	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
2377	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217
2378	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
2379	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
2380	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
2381	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
2382	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
2383	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
2384	Szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana	Influvac, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka (0,5 ml)	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05901797711283
2385	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strzyk.	05909990064748
2386	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
2387	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
2388	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957
2389	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
2390	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2391	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000
2392	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
2393	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
2394	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017
2395	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
2396	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
2397	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
2398	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
2399	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
2400	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
2401	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
2402	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
2403	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
2404	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
2405	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
2406	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
2407	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
2408	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
2409	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
2410	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
2411	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861
2412	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908
2413	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960
2414	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991
2415	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991391713
2416	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991391720
2417	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768
2418	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867
2419	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801
2420	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
2421	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991388003
2422	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991388034
2423	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
2424	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
2425	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
2426	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
2427	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2428	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
2429	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
2430	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
2431	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
2432	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
2433	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
2434	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
2435	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
2436	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
2437	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
2438	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
2439	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
2440	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
2441	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
2442	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
2443	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
2444	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
2445	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
2446	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
2447	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
2448	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
2449	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
2450	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
2451	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
2452	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
2453	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
2454	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
2455	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
2456	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
2457	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
2458	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
2459	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
2460	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
2461	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
2462	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
2463	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
2464	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2465	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846
2466	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822
2467	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
2468	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blister po 30 szt.)	05909990370214
2469	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
2470	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
2471	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
2472	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
2473	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495
2474	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464
2475	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488
2476	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471
2477	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169
2478	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084
2479	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145
2480	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990759019
2481	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990759118
2482	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990758814
2483	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990758913
2484	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671496
2485	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502
2486	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990671472
2487	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489
2488	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
2489	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
2490	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636
2491	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
2492	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
2493	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
2494	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
2495	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827
2496	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
2497	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
2498	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
2499	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
2500	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
2501	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2502	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
2503	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
2504	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
2505	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
2506	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
2507	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312
2508	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
2509	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
2510	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
2511	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
2512	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
2513	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
2514	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
2515	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341
2516	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
2517	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
2518	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
2519	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
2520	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
2521	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167
2522	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923
2523	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
2524	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
2525	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
2526	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
2527	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
2528	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595
2529	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601
2530	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618
2531	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
2532	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
2533	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
2534	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
2535	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
2536	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
2537	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
2538	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2539	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
2540	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
2541	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
2542	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
2543	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
2544	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
2545	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
2546	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488
2547	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Zaldiar, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991107376
2548	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
2549	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
2550	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
2551	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
2552	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	07613421191573
2553	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
2554	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	07613421191566
2555	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
2556	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
2557	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
2558	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106
2559	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
2560	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
2561	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
2562	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
2563	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
2564	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
2565	Trójwalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Vaxigrip, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk.	05909991561505
2566	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
2567	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
2568	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381
2569	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763
2570	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695
2571	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990751877
2572	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990751594
2573	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067
2574	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081
2575	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2576	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961
2577	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985
2578	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990682065
2579	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990681877
2580	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990074969
2581	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983
2582	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990
2583	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147
2584	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990074945
2585	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853
2586	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860
2587	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608
2588	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455
2589	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
2590	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
2591	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480
2592	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459
2593	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2594	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2595	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2596	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
2597	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991453879
2598	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
2599	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2600	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2601	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2602	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650
2603	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990660636
2604	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643
2605	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2606	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2607	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2608	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2609	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
2610	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2611	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2612	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168

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	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
2614	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2615	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2616	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2617	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
2618	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
2619	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2620	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
2621	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2622	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2623	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2624	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2625	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2626	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
2627	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2628	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2629	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2630	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2631	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2632	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2633	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
2634	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2635	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2636	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419
2637	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211
2638	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310
2639	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
2640	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818
2641	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177
2642	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536
2643	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2644	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
2645	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań,	2 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871
2646	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061
2647	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990681358
2648	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
2649	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2650	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229
2651	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729
2652	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828

D 2. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920	
4	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014	
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113	
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229	
14	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	
15	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	
16	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	
17	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	
18	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	
19	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	
20	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	
21	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	
22	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319	
23	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	
24	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	
25	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	
27	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	
28	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	
29	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	
30	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	
31	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	

lp.	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 Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	
33	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	
37	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	
38	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	
39	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	
40	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	
41	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	
42	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	
43	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	
44	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	
45	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	
46	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	
47	Agomelatinum	Agolek, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991388768	
48	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901720140494	
49	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	09008732009293	
50	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05995327174952	
51	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	56 szt.	05995327174969	
52	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	03838989699352	
53	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	
54	Alfuzosini hydrochloridum	Alfobax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990746576	
55	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	
56	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	
57	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990837816	
58	Allopurinolum	Adnamil, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991560614	
59	Allopurinolum	Adnamil, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991560621	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
60	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	
61	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	
62	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	
63	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	
64	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	
65	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604	
66	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519	
67	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502	
68	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564	
69	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540	
70	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616	
71	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654	
72	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	
73	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	
74	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	
75	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	
76	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	
77	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818	
78	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	
79	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	
80	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	
81	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	
82	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996	
83	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	
84	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	
85	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990936557	
86	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990936502	
87	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897	
88	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649	
89	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	
90	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915	
91	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011	
92	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991466114	
93	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991520250	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
94	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	
95	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	
96	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	
97	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	
98	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	
99	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	
100	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	
101	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	
102	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	
103	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	
104	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	
105	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	
106	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	
107	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	
108	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	
109	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827	
110	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926	
111	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	
112	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	
113	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	
114	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	
115	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	
116	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	
117	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	
118	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	
119	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311	
120	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	
121	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	
122	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	
123	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	
124	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	
125	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	
126	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	
127	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	
128	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
129	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	
130	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	
131	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	
132	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	
133	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	
134	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	
135	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	
136	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	
137	Amlodipinum + Valsartanum	Sarpin, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991293888	
138	Amlodipinum + Valsartanum	Wamlox, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991267759	
139	Amlodipinum + Valsartanum	Wamlox, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991267629	
140	Amlodipinum + Valsartanum	Wamlox, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991267537	
141	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	
142	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	
143	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	
144	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	
145	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	
146	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 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	
157	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	
158	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
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. powł., 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. powł., 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/tabł. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	
169	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabł. 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. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	
174	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	
175	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	
176	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	
177	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 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. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. 100 ml	05909991343279	
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. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318	
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800	
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	
208	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	
209	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802432	
210	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082162	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
211	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991529468	
212	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991457808	
213	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990756711	
214	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029	
215	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082148	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
216	Apixabanum	Abatixent, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05907626709926	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Żyłne 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;
217	Apixabanum	Abatixent, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05907626709940	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej;
218	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05900411013871	
219	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05900411013895	
220	Apixabanum	Apixaban Gedeon Richter, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05907594033672	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Żyłne 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;
221	Apixabanum	Apixaban Gedeon Richter, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05907594033696	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Żyłne 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;
222	Apixabanum	Apixaban Gedeon Richter, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05907594033719	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej;
223	Apixabanum	Apixabanum Teva, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05908289660678	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Żyłne 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	Apixabanum Teva, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991516161	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej;

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
225	Apixabanum	Avoclod, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05909991559335	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Żyłne 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;
226	Apixabanum	Avoclod, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991559427	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej;
227	Apixabanum	Axipio, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05909991489717	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Żyłne 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;
228	Apixabanum	Axipio, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991489779	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej;
229	Apixabanum	Embavi, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05995327201238	
230	Apixabanum	Embavi, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05995327201306	
231	Apixabanum	Poltixa, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05909991457136	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Żyłne 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;
232	Apixabanum	Poltixa, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991457198	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej;
233	Apixabanum	Voziberin, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909991575731	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Żyłne 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;
234	Apixabanum	Voziberin, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05909991575748	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Żyłne 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;
235	Apixabanum	Voziberin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991575816	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej;
236	Apixabanum	Vyselik, kaps. twarde, 2,5 mg	20 szt.	05901085059028	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Żyłne 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;
237	Apixabanum	Vyselik, kaps. twarde, 2,5 mg	60 szt.	05901085059035	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Żyłne 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;
238	Apixabanum	Vyselik, kaps. twarde, 5 mg	60 szt.	05901085059042	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej;
239	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	
240	Aprepitantum	Aprepitant Viatris, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	
241	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	
242	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	
243	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	
244	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	
245	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	
246	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
247	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337	
248	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382	
249	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168	
250	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175	
251	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199	
252	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205	
253	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273	
254	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266	
255	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	
256	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	
257	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	
258	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	
259	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	
260	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	
261	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	
262	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	
263	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	56 szt.	05900411013505	
264	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	84 szt.	05900411013512	
265	Aripiprazolum	Apra, tabl., 5 mg	28 szt.	05906414001051	
266	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	
267	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	
268	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	
269	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	
270	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	
271	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	
272	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	
273	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	
274	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	
275	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	
276	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
277	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	
278	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 5 mg	28 szt.	05907529463215	
279	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	
280	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	
281	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	
282	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	
283	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	
284	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	
285	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	
286	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991232634	
287	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991232658	
288	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	
289	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	60 szt.	05901720141774	
290	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991263799	
291	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991263805	
292	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	
293	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991263935	
294	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	
295	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	
296	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	
297	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	
298	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	
299	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	
300	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762	
301	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946	
302	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	
303	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531	
304	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	
305	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555	
306	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	
307	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	
308	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	
309	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034	
310	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696	
311	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
312	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908	
313	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	
314	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	
315	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984	
316	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586	
317	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609	
318	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647	
319	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815	
320	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647	
321	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914	
322	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806	
323	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173	
324	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282	
325	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299	
326	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464	
327	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471	
328	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488	
329	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336	
330	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374	
331	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991321611	
332	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710	
333	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896	
334	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902	
335	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919	
336	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926	
337	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933	
338	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940	
339	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053	
340	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920	
341	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951	
342	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975	
343	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275	
344	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305	
345	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336	
346	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
347	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655	
348	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662	
349	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686	
350	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730	
351	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	08595566453541	
352	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991444747	
353	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792	
354	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08595566453589	
355	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853	
356	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400	
357	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530	
358	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547	
359	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847	
360	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939	
361	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028	
362	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298	
363	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991562700	
364	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991562717	
365	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992	
366	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991562724	
367	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618	
368	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137	
369	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359	
370	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717	
371	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144	
372	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366	
373	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816	
374	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151	
375	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373	
376	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383	
377	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508	
378	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539	
379	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
380	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638	
381	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652	
382	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676	
383	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782	
384	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805	
385	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867	
386	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097	
387	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103	
388	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976	
389	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134	
390	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042	
391	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141	
392	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290	
393	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368	
394	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436	
395	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443	
396	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071	
397	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161	
398	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178	
399	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185	
400	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208	
401	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814	
402	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821	
403	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838	
404	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913	
405	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920	
406	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937	
407	Atorvastatinum calcium trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911	
408	Atorvastatinum calcium trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935	
409	Atorvastatinum calcium trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997	
410	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	
411	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	
412	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
413	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816	
414	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412	
415	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518	
416	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738	
417	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752	
418	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030	
419	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	
420	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	
421	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	
422	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	
423	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319	
424	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566	
425	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990073573	
426	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421	
427	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520	
428	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608	
429	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	
430	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	
431	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	
432	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	
433	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214	
434	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417	
435	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	
436	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inhalacyjny, roztwór, 172+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153018032	
437	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inhalacyjny, roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 180 daw.	08025153008156	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
438	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, proszek do inhalacji, 88+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153017981	
439	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013567	
440	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013574	
441	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013581	
442	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013598	
443	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	
444	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991564292	
445	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	
446	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152	
447	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	
448	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	
449	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	
450	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	1 but. 150 ml	05909990363223	
451	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	
452	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	
453	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampulek po 1 ml	05909990121625	
454	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	
455	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518	
456	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	
457	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	
458	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	
459	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
460	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	
461	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769	
462	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776	
463	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	
464	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	
465	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	
466	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	
467	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	
468	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	
469	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	
470	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529	
471	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420	
472	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049	
473	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056	
474	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070	
475	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063	
476	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	
477	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	
478	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	
479	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	
480	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852	
481	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869	
482	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791	
483	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807	
484	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501	
485	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600	
486	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523	
487	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554	
488	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400	
489	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448	
490	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024	
491	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	
492	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
493	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483	
494	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490	
495	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990974641	
496	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	
497	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	
498	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	
499	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588	
500	Brivaracetamum	Abavalex, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	09008732019346	
501	Brivaracetamum	Brabela, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991582647	
502	Brivaracetamum	Brabela, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991582609	
503	Brivaracetamum	Brabela, tabl. powł., 75 mg	56 szt.	05909991582623	
504	Brivaracetamum	Brivaracetam Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991588458	
505	Brivaracetamum	Brivaracetam Accord, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991588342	
506	Brivaracetamum	Brivaracetam Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991586515	
507	Brivaracetamum	Brivaracetam Teva, tabl. powł., 25 mg	56 szt.	05909991586492	
508	Brivaracetamum	Brivaracetam Teva, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991586508	
509	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	
510	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333	
511	Brivaracetamum	Eronavis, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	06432100108036	
512	Brivaracetamum	Gemgerta, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991580476	
513	Bromocriptinum	Bromocom, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913	
514	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	
515	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	
516	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	
517	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	
518	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	
519	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	
520	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	
521	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	
522	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	
523	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
524	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	
525	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	
526	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	
527	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	
528	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	
529	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	
530	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	
531	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	
532	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925	
533	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	
534	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	
535	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	
536	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	
537	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	
538	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	
539	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	
540	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	
541	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	
542	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	
543	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866	
544	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 daw.	05907626709476	
545	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	
546	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	
547	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	
548	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971	
549	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
550	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963	
551	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971	
552	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988	
553	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995	
554	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	
555	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	
556	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	
557	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	
558	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	
559	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	
560	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	
561	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	
562	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	
563	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961	
564	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029	
565	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081	
566	Buprenorphinum	Transec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	
567	Buprenorphinum	Transec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	
568	Buprenorphinum	Transec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	
569	Buspironi hydrochloridum	Spanilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	
570	Buspironi hydrochloridum	Spanilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	
571	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919	
572	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	
573	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	
574	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	
575	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
576	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	
577	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	
578	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	
579	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	1 poj. po 60 g	05909991283599	
580	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	
581	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	
582	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816	
583	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823	
584	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106	
585	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	
586	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	
587	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	
588	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	
589	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	
590	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	
591	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	
592	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	
593	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	
594	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	
595	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876	
596	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	
597	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	
598	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	
599	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364	
600	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449	
601	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289	
602	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	
603	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	
604	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	
605	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	
606	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	
607	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	
608	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	
609	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
610	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	
611	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	
612	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	
613	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	
614	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	
615	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	
616	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	
617	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	
618	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	
619	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	
620	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	
621	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	
622	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	
623	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	
624	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	
625	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391	
626	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445	
627	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	
628	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	
629	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	
630	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	
631	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
632	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	08595566454630	
633	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	
634	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	
635	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	
636	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	
637	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	
638	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	
639	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990772209	
640	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990772230	
641	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990772179	
642	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	
643	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	
644	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	
645	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	
646	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	
647	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	
648	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	
649	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	
650	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	
651	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	
652	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	
653	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	
654	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	
655	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
656	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	
657	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	
658	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	
659	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	
660	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	
661	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	
662	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	
663	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	
664	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	
665	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	
666	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	
667	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
668	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;
669	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;
670	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430	
671	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	
672	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454	
673	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099	
674	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129	
675	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051	
676	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148	
677	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	
678	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100	
679	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019	
680	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	
681	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814	
682	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913	
683	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505	
684	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	

lp.	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	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990687909	
686	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt.	05909990687930	
687	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862	
688	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879	
689	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886	
690	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893	
691	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	
692	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	
693	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	
694	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	
695	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428	
696	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411	
697	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527	
698	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510	
699	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927	
700	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910	
701	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	
702	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	
703	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	
704	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	
705	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840	
706	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857	
707	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697	
708	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703	
709	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145	
710	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
711	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183	
712	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190	
713	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831	
714	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855	
715	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	
716	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	
717	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	
718	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	
719	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331	
720	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355	
721	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362	
722	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991263386	
723	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991263409	
724	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416	
725	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	
726	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946	
727	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390	
728	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953	
729	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991526108	
730	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991526115	
731	Cefuroximum	Zinnat, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	
732	Cefuroximum	Zinnat, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	
733	Cefuroximum	Zinnat, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990468812	
734	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213	
735	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312	
736	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411	
737	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575	
738	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093	
739	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077	
740	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118	
741	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
742	Cefuroximum	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932	
743	Cefuroximum	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949	
744	Cefuroximum	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641	
745	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991458997	
746	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909991459062	
747	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909991459093	
748	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991458966	
749	Cenobamate	Ontozry, tabl.; tabl. powł., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powł. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	
750	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729	
751	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736	
752	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793	
753	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	
754	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	
755	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441	
756	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250	
757	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725	
758	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	
759	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020	
760	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515	
761	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637	
762	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	
763	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	
764	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	
765	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	
766	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	
767	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	
768	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	
769	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	
770	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447	
771	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454	
772	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	
773	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	
774	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
775	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	
776	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	
777	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	
778	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	
779	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	
780	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	
781	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	
782	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	
783	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	
784	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	
785	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	
786	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	
787	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667	
788	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780	
789	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803	
790	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414	
791	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216	
792	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514	
793	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964	
794	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012	
795	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613	
796	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626	
797	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010	
798	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546	
799	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	
800	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	
801	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	
802	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	
803	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990081165	
804	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532	
805	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549	
806	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
807	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710	
808	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	
809	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	
810	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819	
811	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826	
812	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419	
813	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117	
814	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416	
815	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438	
816	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520	
817	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537	
818	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544	
819	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207	
820	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	
821	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	
822	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	
823	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	
824	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	
825	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928	
826	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	
827	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916	
828	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012	
829	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615	
830	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	
831	Clopidamidum	Clopidamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	
832	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748	
833	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949	
834	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005	
835	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991448318	
836	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011	
837	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826	
838	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991492205	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
839	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141	
840	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388	
841	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667	
842	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730	
843	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990762729	
844	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475	
845	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382	
846	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219	
847	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715	
848	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	
849	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	
850	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	
851	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	
852	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	
853	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	
854	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	
855	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	
856	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05021691005193	
857	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05021691005124	
858	Dabigatranum etexilatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991508760	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
859	Dabigatranum etexilatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991508791	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
860	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	
861	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
862	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806	
863	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
864	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	
865	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909991507787	
866	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	
867	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
868	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
869	Dabigatranum etexilatatum	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
870	Dabigatranum etexilatatum	Wasedoc, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991495374	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
871	Danazololum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	
872	Dapagliflozinum	Daforbis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901797711184	
873	Dapagliflozinum	Dalzior, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05908289660739	
874	Dapagliflozinum	Dapagliflozin Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991573942	
875	Dapagliflozinum	Dapazyna, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05904055005957	
876	Dapagliflozinum	Diaflix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05903060625624	
877	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884	
878	Dapagliflozinum	Nerila, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05907637916795	
879	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	
880	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852	
881	Denosumabum	Izamby, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	08436596260207	
882	Denosumabum	Jubbonti, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	07622436124995	
883	Denosumabum	Junod, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05997001330906	
884	Denosumabum	Kefdensis, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	04150196695620	
885	Denosumabum	Osvyrti, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05056842801362	
886	Denosumabum	Ponlimsi, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991585808	
887	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	
888	Denosumabum	Stoboclo, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05996537043021	
889	Denosumabum	Zadenvi, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	08594739318274	
890	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838	
891	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852	
892	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	
893	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654	
894	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678	
895	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	
896	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611	
897	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921	
898	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	
899	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	
900	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
901	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359	
902	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	
903	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533	
904	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540	
905	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	
906	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	
907	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	
908	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	
909	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	
910	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	
911	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	
912	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	
913	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991565367	
914	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	
915	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991565404	
916	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	
917	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	
918	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991565398	
919	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382	
920	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436	
921	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	
922	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	
923	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	
924	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	
925	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	
926	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	
927	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	
928	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909990145317	
929	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	
930	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990457137	
931	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml	05909990074044	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
932	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	
933	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	
934	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	
935	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	
936	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	
937	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	
938	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	
939	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	
940	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	
941	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	
942	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413	
943	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420	
944	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380	
945	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314	
946	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873	
947	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141	
948	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781	
949	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	
950	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018	
951	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912	
952	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138	
953	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077	
954	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360	
955	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353	
956	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560	
957	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842	
958	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	
959	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
960	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	
961	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	
962	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314	
963	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215	
964	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	
965	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	
966	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	
967	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015	
968	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	
969	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	
970	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	
971	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936	
972	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943	
973	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	
974	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	
975	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	
976	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	
977	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	
978	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	
979	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955	
980	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049	
981	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056	
982	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	
983	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	
984	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	
985	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	
986	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	
987	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	
988	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	
989	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	
990	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	
991	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	

lp.	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	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	
993	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	
994	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	
995	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	
996	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	
997	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	
998	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	
999	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	
1000	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	
1001	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	
1002	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	
1003	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	
1004	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	
1005	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	
1006	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	
1007	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	
1008	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	
1009	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	
1010	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	
1011	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	
1012	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	
1013	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	
1014	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497	
1015	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	
1016	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	
1017	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0,75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	
1018	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	
1019	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	
1020	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	
1021	Duloxetineum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	
1022	Duloxetineum	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1023	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	
1024	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	
1025	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	
1026	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	
1027	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	
1028	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	
1029	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	
1030	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574	
1031	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581	
1032	Duloxetine	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	
1033	Duloxetine	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	
1034	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	
1035	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	
1036	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	
1037	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	
1038	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	
1039	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	
1040	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277	
1041	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	
1042	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	
1043	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	
1044	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	
1045	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	
1046	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	
1047	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219	
1048	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	
1049	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	
1050	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	
1051	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	
1052	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	
1053	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	
1054	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	
1055	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	
1056	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1057	Dutasteridum	Davoster, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991318840	
1058	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351	
1059	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495	
1060	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501	
1061	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	
1062	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	
1063	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509	
1064	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991138523	
1065	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	
1066	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	
1067	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	
1068	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	
1069	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	
1070	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	
1071	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	
1072	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	
1073	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	
1074	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	
1075	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	
1076	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	
1077	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	
1078	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581	
1079	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543	
1080	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550	
1081	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567	
1082	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574	
1083	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	
1084	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	
1085	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1086	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010	
1087	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034	
1088	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058	
1089	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072	
1090	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	
1091	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	
1092	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	
1093	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	
1094	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	
1095	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	
1096	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	
1097	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	
1098	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	
1099	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	
1100	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	
1101	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	
1102	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280	
1103	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	
1104	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	
1105	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778	
1106	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	
1107	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	
1108	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	
1109	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	
1110	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powł., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	
1111	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619	
1112	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 sasz. a 1g	05909990447718	
1113	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990823215	
1114	Estradiolum	Estrofem, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990330713	
1115	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	
1116	Estradiolum	System 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214	
1117	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powł., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	
1118	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powł., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	
1119	Estradiolum + Norethisteroni acetat	Kliogest, tabl. powł., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1120	Estradiolum + Norethisteroni acetatas	System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	
1121	Estradiolum + Norethisteroni acetatas	System Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry System 50 + 4 plastry System Conti)	05909990444816	
1122	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powł., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	
1123	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	
1124	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	
1125	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654	
1126	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357	
1127	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845	
1128	Exemestanum	Glandex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990812202	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii oraz wskazań pozarejtracyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
1129	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	
1130	Exemestanum	Symex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05905701070350	
1131	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	
1132	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	
1133	Ezetimibum	Ezechron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	
1134	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	
1135	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	
1136	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	
1137	Ezetimibum	Lipegis, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990996902	
1138	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989773465	
1139	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	03838989773458	
1140	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	03838989773441	
1141	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powł., 10+80 mg	30 szt.	03838989773410	
1142	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	
1143	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	
1144	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	
1145	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	
1146	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	
1147	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	
1148	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835	
1149	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828	
1150	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	
1151	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990761548	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1152	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	
1153	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391522	
1154	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942	
1155	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391874	
1156	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	
1157	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	03838989705152	
1158	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	
1159	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	
1160	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	
1161	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	
1162	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	
1163	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	
1164	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339	
1165	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500	
1166	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609	
1167	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173	
1168	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708	
1169	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807	
1170	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	
1171	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	
1172	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	
1173	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909990903917	
1174	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909990431342	
1175	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	
1176	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Atrodil Combo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05903060632462	
1177	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	
1178	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	
1179	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Bromiduo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05900411010702	
1180	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	
1181	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	
1182	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	
1183	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05901878601007	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1184	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	
1185	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05901878601014	
1186	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	
1187	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	
1188	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	
1189	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	
1190	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	
1191	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	
1192	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	
1193	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	
1194	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	
1195	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	
1196	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	
1197	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	
1198	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	
1199	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	
1200	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	
1201	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	
1202	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	
1203	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955503	
1204	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	
1205	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955541	
1206	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	
1207	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	
1208	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	
1209	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	
1210	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	
1211	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1212	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	
1213	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	
1214	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	
1215	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	
1216	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	
1217	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846	
1218	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860	
1219	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	
1220	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853	
1221	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877	
1222	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	
1223	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	
1224	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	
1225	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949	
1226	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990711987	
1227	Finasteridum	Antiprost, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990067770	
1228	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990048670	
1229	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990938797	
1230	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127	
1231	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288	
1232	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141	
1233	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990082391	
1234	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991507879	
1235	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311	
1236	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991151218	
1237	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045	
1238	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991214692	
1239	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991214753	
1240	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571	
1241	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1242	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973	
1243	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895	
1244	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997	
1245	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267	
1246	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274	
1247	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	
1248	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105	
1249	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991107871	
1250	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842	
1251	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710	
1252	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	
1253	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	
1254	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	
1255	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261	
1256	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	
1257	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	
1258	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	
1259	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	
1260	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219	
1261	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	
1262	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	
1263	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	
1264	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	
1265	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	
1266	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	
1267	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	
1268	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798	
1269	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	
1270	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	
1271	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	
1272	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	
1273	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	
1274	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	
1275	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	
1276	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1277	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	
1278	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	
1279	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008	
1280	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995	
1281	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022	
1282	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039	
1283	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	
1284	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	
1285	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	
1286	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	
1287	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	
1288	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	
1289	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	
1290	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	
1291	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	
1292	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	
1293	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991317621	
1294	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	
1295	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328	
1296	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311	
1297	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	
1298	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258	
1299	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296	
1300	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612	
1301	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629	
1302	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 30 daw.	05909991350635	
1303	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	
1304	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	
1305	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839	
1306	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	
1307	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	
1308	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1309	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	
1310	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423	
1311	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416	
1312	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	
1313	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522	
1314	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515	
1315	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	
1316	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	
1317	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938001	
1318	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938025	
1319	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	
1320	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	
1321	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991442064	
1322	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	
1323	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060	
1324	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803	
1325	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797	
1326	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810	
1327	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	
1328	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	
1329	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	
1330	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1331	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	
1332	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	
1333	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447557	
1334	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447595	
1335	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447632	
1336	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583798	
1337	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583804	
1338	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583781	
1339	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	
1340	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	
1341	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	
1342	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	
1343	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	
1344	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	
1345	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	
1346	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	
1347	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959	
1348	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966	
1349	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898	
1350	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	
1351	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	
1352	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1353	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	
1354	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	
1355	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	
1356	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	
1357	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	
1358	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	
1359	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	
1360	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	
1361	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578	
1362	Fluticasonum + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 60 daw.	05909991579807	
1363	Fluticasonum + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 60 daw.	05909991593414	
1364	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827	
1365	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728	
1366	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924	
1367	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934	
1368	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990937981	
1369	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914	
1370	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	
1371	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	
1372	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287	
1373	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294	
1374	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	
1375	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	
1376	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1377	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	
1378	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000	
1379	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. 120 dawek	05000456071505	
1380	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	
1381	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	
1382	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	
1383	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	
1384	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	
1385	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588	
1386	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	
1387	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	
1388	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	
1389	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	
1390	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	
1391	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991576400	
1392	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991576417	
1393	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087	
1394	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991576424	
1395	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542	
1396	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658	
1397	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	
1398	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	
1399	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422	
1400	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521	
1401	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	
1402	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	
1403	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	
1404	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	
1405	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	
1406	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	
1407	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1408	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	
1409	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	
1410	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	
1411	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	08595566455019	
1412	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	08595566455149	
1413	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991226299	
1414	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991226305	
1415	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	
1416	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	
1417	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	
1418	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	
1419	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	
1420	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	
1421	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	
1422	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	
1423	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	
1424	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	
1425	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	
1426	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990337453	
1427	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990337521	
1428	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990338078	
1429	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990338146	
1430	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990338207	
1431	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	
1432	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	
1433	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	
1434	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	
1435	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	
1436	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	
1437	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1438	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g	05909990156825	
1439	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036	
1440	Glycopyrronii bromidum	Amidil AmiHaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg/dawkę dostarczoną	30 szt. + 1 inhalator	05903060630574	
1441	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg	30 szt. + 1 inhalator	05909991000882	
1442	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210	
1443	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>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
1444	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	
1445	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	dotyczy wyłącznie wskazania: <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
1446	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	
1447	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	
1448	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	
1449	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	
1450	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	
1451	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	
1452	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	
1453	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	
1454	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	
1455	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Eugia, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909991556105	
1456	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	
1457	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	
1458	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	
1459	Icatibantum	Firazyf, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strzyk. po 3 ml	05909990740635	
1460	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	
1461	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	
1462	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Amidil Combo AmiHaler, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 85 mcg + 43 mcg /dawkę	30 szt. + 1 inhal.	05903060632318	
1463	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum + Mometasoni furoas	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 114+46+136 µg	30 szt.	07613421044596	
1464	Indacaterolum + Mometasoni furoas	Ateectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1465	Indacaterolum + Mometasoni furoas	Atecura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125+260 µg	30 szt.	07613421045548	
1466	Indacaterolum + Mometasoni furoas	Atecura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524	
1467	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	
1468	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	
1469	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398	
1470	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907	
1471	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	
1472	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	
1473	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014	
1474	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401	
1475	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182	
1476	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801	
1477	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849	
1478	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993	
1479	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	
1480	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	
1481	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	
1482	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	
1483	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	
1484	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171	
1485	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	
1486	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	
1487	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	
1488	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1489	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562	
1490	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741	
1491	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909991201982	
1492	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717	
1493	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	
1494	Insulinum glarginum	Semglee, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05397315001460	
1495	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	
1496	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	
1497	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	
1498	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	
1499	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	
1500	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	
1501	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	
1502	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566	
1503	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113	
1504	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573	
1505	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311	
1506	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580	
1507	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519	
1508	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597	
1509	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413	
1510	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603	
1511	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116	
1512	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014	
1513	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717	
1514	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1515	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923	
1516	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323	
1517	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121	
1518	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	
1519	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	
1520	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	
1521	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	
1522	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	
1523	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	
1524	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	
1525	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	
1526	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	
1527	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	
1528	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	
1529	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	
1530	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	
1531	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991185879	
1532	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	
1533	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	
1534	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	
1535	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	
1536	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	
1537	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	
1538	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	
1539	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	
1540	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1541	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991286613	
1542	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991427764	
1543	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991452278	
1544	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991465377	
1545	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	
1546	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	
1547	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	
1548	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046	
1549	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05901878600772	
1550	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991264710	
1551	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	
1552	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	
1553	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991348762	
1554	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991322779	
1555	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786	
1556	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991298586	
1557	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654	
1558	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991329822	
1559	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991329785	
1560	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891	
1561	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853	
1562	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991307349	
1563	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370	
1564	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	
1565	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	
1566	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	
1567	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	
1568	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	
1569	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	
1570	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814	
1571	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	
1572	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593	
1573	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1574	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697	
1575	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991105563	
1576	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991105549	
1577	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907	
1578	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205	
1579	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938	
1580	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212	
1581	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969	
1582	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229	
1583	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551	
1584	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582	
1585	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612	
1586	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506	
1587	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05055565743331	
1588	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05055565743348	
1589	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05055565743355	
1590	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05055565743324	
1591	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	04260598450540	
1592	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	04260598450557	
1593	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	04260598450564	
1594	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	04260598450533	
1595	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358	
1596	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365	
1597	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372	
1598	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341	
1599	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991384234	
1600	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991384241	
1601	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991384258	
1602	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991384197	
1603	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505	
1604	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	
1605	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	
1606	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	
1607	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1608	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	
1609	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	
1610	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	
1611	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	
1612	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	
1613	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	
1614	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	
1615	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	
1616	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	
1617	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	
1618	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz. po 0,5 ml	05909991094614	
1619	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz. po 0,5 ml	05909991094515	
1620	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	
1621	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	
1622	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	
1623	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	
1624	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	
1625	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	
1626	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	30 poj.	04987084320674	
1627	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	90 poj.	04987084324894	
1628	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	
1629	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	
1630	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	
1631	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	
1632	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	
1633	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	
1634	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	
1635	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	
1636	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	
1637	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818	
1638	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825	
1639	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 7,5 ml	05900257102555	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1640	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991220365	
1641	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991220396	
1642	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	
1643	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311	
1644	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	
1645	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	
1646	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	
1647	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	
1648	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	
1649	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	
1650	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458	
1651	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465	
1652	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213	
1653	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609	
1654	Latanoprostum + Timololum	Xalofree Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 7,5 ml	05909991567125	
1655	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	
1656	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	
1657	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990977826	
1658	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482	
1659	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399	
1660	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990977925	
1661	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138	
1662	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145	
1663	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980	
1664	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031	
1665	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079	
1666	Leflunomidum	Leflunomide Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991498238	
1667	Leflunomidum	Leflunomide Aurovitas, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991498306	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1668	Leflunomidum	Leflunomide Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991498443	
1669	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604	
1670	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388	
1671	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628	
1672	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466	
1673	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651	
1674	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: homonozależny 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.
1675	Letrozolum	Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: homonozależny 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.
1676	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: homonozależny 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.
1677	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: homonozależny 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.
1678	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	
1679	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683	
1680	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138	
1681	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145	
1682	Leuporelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	
1683	Leuporelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napel.)	05909990634057	
1684	Leuporelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11,25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	
1685	Leuporelinum	Lutrate Depot, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 22,5 mg	1 amp.-strzyk.	05909991248956	
1686	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	
1687	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	
1688	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200	
1689	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224	
1690	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231	
1691	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755	
1692	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	
1693	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379	
1694	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909991374501	
1695	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1696	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	
1697	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492	
1698	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591	
1699	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577	
1700	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652	
1701	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	
1702	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	
1703	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	
1704	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957	
1705	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060	
1706	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183	
1707	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672	
1708	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	
1709	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	
1710	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037	
1711	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986	
1712	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894	
1713	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856	
1714	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	
1715	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	
1716	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135	
1717	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203	
1718	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180	
1719	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272	
1720	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258	
1721	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841	
1722	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	
1723	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	
1724	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858	
1725	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889	
1726	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872	
1727	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926	
1728	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	
1729	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1730	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	
1731	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956	
1732	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052	
1733	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151	
1734	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014	
1735	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929	
1736	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936	
1737	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943	
1738	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600	
1739	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475	
1740	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	
1741	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	
1742	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129	
1743	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726	
1744	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733	
1745	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713	
1746	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807	
1747	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133	
1748	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140	
1749	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	
1750	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034	
1751	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267	
1752	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	
1753	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	
1754	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	
1755	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	
1756	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	
1757	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	
1758	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	
1759	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	
1760	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206	
1761	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1762	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145	
1763	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	
1764	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	
1765	Levodopum + Carbidopum	Parkador, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909991513078	
1766	Levodopum + Carbidopum	Parkador, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909991569761	
1767	LevomEPROMAZINUM	Tiscercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912	
1768	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	
1769	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	
1770	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	
1771	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	
1772	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	
1773	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	
1774	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	
1775	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	
1776	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	
1777	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	
1778	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	
1779	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	
1780	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	
1781	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	
1782	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	
1783	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	
1784	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	
1785	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	
1786	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	
1787	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	
1788	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	
1789	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	
1790	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	
1791	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	
1792	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	
1793	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	
1794	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	
1795	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	
1796	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1797	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	
1798	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	
1799	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	
1800	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	
1801	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122	
1802	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023	
1803	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927	
1804	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	
1805	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	
1806	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	
1807	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	
1808	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	
1809	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	
1810	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	
1811	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	
1812	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	
1813	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	
1814	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	
1815	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	
1816	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	
1817	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	
1818	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	
1819	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	
1820	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	
1821	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110	
1822	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	
1823	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	
1824	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	
1825	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990638659	
1826	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990818914	
1827	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990649112	
1828	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909990649129	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1829	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654	
1830	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905	
1831	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345	
1832	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118	
1833	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	
1834	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	
1835	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	
1836	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	
1837	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	
1838	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	
1839	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	
1840	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	
1841	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	
1842	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	
1843	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt.	05909990686339	
1844	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt.	05909990686360	
1845	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt.	05909990645565	
1846	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	
1847	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	
1848	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	
1849	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	
1850	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	
1851	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	
1852	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768	
1853	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991560775	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1854	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991560782	
1855	Lurasidonum	Asil, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05907637916511	
1856	Lurasidonum	Asil, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05907637916535	
1857	Lurasidonum	Asil, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05907637916559	
1858	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670	
1859	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762	
1860	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878	
1861	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05901720141217	
1862	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05901720141224	
1863	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05901720141231	
1864	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	09008732018684	
1865	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	09008732018707	
1866	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	09008732018721	
1867	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991576431	
1868	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991576448	
1869	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991576455	
1870	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05903060631908	
1871	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05903060631915	
1872	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05903060631922	
1873	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	
1874	Megestrolu acetat	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	
1875	Megestrolu acetat	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	
1876	Megestrolu acetat	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	
1877	Megestrolu acetat	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	
1878	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	
1879	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	
1880	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	
1881	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	
1882	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568	
1883	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575	
1884	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	
1885	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	
1886	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	
1887	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1888	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	
1889	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	
1890	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	
1891	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	
1892	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813	
1893	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulat	05909990855315	
1894	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	
1895	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	
1896	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	
1897	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	
1898	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	
1899	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	
1900	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	
1901	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	
1902	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	
1903	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430	
1904	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	
1905	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	
1906	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	
1907	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	
1908	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	
1909	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	
1910	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	
1911	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	
1912	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	
1913	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	
1914	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	
1915	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	
1916	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	
1917	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	
1918	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379	
1919	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386	
1920	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563	
1921	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393	
1922	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1923	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587	
1924	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	
1925	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	
1926	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	
1927	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	
1928	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	
1929	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	
1930	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	
1931	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	
1932	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	
1933	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	
1934	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	
1935	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	
1936	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001	
1937	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025	
1938	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032	
1939	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	
1940	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751	
1941	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990624768	
1942	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	
1943	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	
1944	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	
1945	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	
1946	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	
1947	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	
1948	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	
1949	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	
1950	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	
1951	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	
1952	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	
1953	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	
1954	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1955	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	
1956	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	
1957	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	
1958	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	
1959	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	
1960	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	
1961	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	
1962	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	
1963	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474	
1964	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726	
1965	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	08595566456283	
1966	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	08595566456214	
1967	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	08595566456245	
1968	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	08595566456252	
1969	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	08595566455996	
1970	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	08595566456023	
1971	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	08595566456177	
1972	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	08595566456139	
1973	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	08595566456146	
1974	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	
1975	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	
1976	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	
1977	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	
1978	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	
1979	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236	
1980	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331	
1981	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335	
1982	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348	
1983	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1984	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	
1985	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	
1986	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	
1987	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	
1988	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	
1989	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	
1990	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763	
1991	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	
1992	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	
1993	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	
1994	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	
1995	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	
1996	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	
1997	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	
1998	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	
1999	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	
2000	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	
2001	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	
2002	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	
2003	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	
2004	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	
2005	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	
2006	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	
2007	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	
2008	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	
2009	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	
2010	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	
2011	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	
2012	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2013	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	
2014	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	
2015	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	
2016	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	
2017	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	
2018	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	
2019	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	
2020	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	
2021	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323	
2022	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378	
2023	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453	
2024	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	
2025	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	
2026	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	
2027	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	
2028	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	
2029	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	
2030	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	
2031	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	
2032	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	
2033	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	
2034	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2035	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	
2036	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	
2037	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	
2038	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	
2039	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	
2040	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	
2041	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	
2042	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	
2043	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	
2044	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	
2045	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	
2046	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	
2047	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	
2048	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	
2049	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	
2050	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	
2051	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	
2052	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	
2053	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	
2054	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570	
2055	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187068	
2056	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187051	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2057	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	
2058	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187082	
2059	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187129	
2060	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187112	
2061	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	
2062	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187143	
2063	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187181	
2064	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187174	
2065	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187242	
2066	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187235	
2067	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	
2068	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187297	
2069	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	
2070	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187020	
2071	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	
2072	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	
2073	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215	
2074	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123	
2075	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	
2076	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	
2077	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	
2078	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	
2079	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	
2080	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	
2081	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	
2082	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2083	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962	
2084	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051	
2085	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391	
2086	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311	
2087	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655	
2088	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618	
2089	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625	
2090	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242	
2091	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525	
2092	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	
2093	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	
2094	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	
2095	mieszanek alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	
2096	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813	
2097	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813	
2098	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366	
2099	Mometasoni fuoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	
2100	Mometasoni fuoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	
2101	Mometasoni fuoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	
2102	Mometasoni fuoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	
2103	Mometasoni fuoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	
2104	Mometasoni fuoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	
2105	Mometasoni fuoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	
2106	Mometasoni fuoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991031275	
2107	Mometasoni fuoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991099688	
2108	Mometasoni fuoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	
2109	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990670758	
2110	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	
2111	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	
2112	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462	
2113	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	
2114	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	
2115	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137	
2116	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2117	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	
2118	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243	
2119	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076	
2120	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857	
2121	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255	
2122	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858	
2123	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235	
2124	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	
2125	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	
2126	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266	
2127	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013	
2128	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481	
2129	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	
2130	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	
2131	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	
2132	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090	
2133	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052	
2134	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076	
2135	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	
2136	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	
2137	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300	
2138	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	
2139	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	
2140	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	
2141	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	
2142	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	
2143	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	
2144	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2145	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	
2146	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	
2147	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	
2148	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	
2149	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	
2150	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	
2151	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	
2152	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	
2153	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	
2154	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	
2155	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	
2156	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993	
2157	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268	
2158	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	
2159	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208	
2160	Nabumetonom	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	
2161	Nabumetonom	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	
2162	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	
2163	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	
2164	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 200 µg	28 szt.	05060431940073	
2165	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	
2166	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	
2167	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	
2168	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	
2169	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	
2170	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	
2171	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	
2172	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	
2173	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2174	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	
2175	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	
2176	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438	
2177	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536	
2178	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515	
2179	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543	
2180	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782	
2181	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799	
2182	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805	
2183	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836	
2184	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599	
2185	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	
2186	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	
2187	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	
2188	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315	
2189	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912	
2190	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	
2191	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	
2192	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	
2193	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	
2194	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	
2195	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	
2196	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	
2197	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	
2198	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	
2199	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	
2200	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	
2201	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	
2202	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	
2203	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990673865	
2204	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	
2205	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	
2206	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	
2207	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2208	Nebivololum	Nebivolol Medreg, tabl., 5 mg	28 szt.	08595566454210	
2209	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	
2210	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	
2211	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519	
2212	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526	
2213	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	
2214	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	
2215	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990694778	
2216	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990694785	
2217	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990694761	
2218	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990694754	
2219	Norethisteroni acetatas + Estradioli valeras	Cliovella 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794	
2220	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	
2221	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	
2222	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	
2223	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	
2224	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	
2225	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781	
2226	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743	
2227	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106	
2228	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592	
2229	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343	
2230	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300	
2231	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622	
2232	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05995327199160	
2233	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076	
2234	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666	
2235	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649	
2236	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870	
2237	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526	
2238	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2239	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	
2240	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	
2241	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	
2242	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	
2243	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	
2244	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365	
2245	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593	
2246	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341	
2247	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586	
2248	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	
2249	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	
2250	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	
2251	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	
2252	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991534776	
2253	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535018	
2254	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991535117	
2255	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991535094	
2256	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	
2257	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	
2258	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	
2259	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	
2260	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	
2261	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	
2262	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	
2263	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2264	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	
2265	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	
2266	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218	
2267	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126	
2268	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	
2269	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539	
2270	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	
2271	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	
2272	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	
2273	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	
2274	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805	
2275	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782	
2276	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910	
2277	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265	
2278	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367	
2279	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241	
2280	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374	
2281	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258	
2282	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000	
2283	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991530945	
2284	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991530969	
2285	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927	
2286	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258	
2287	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343	
2288	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265	
2289	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350	
2290	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272	
2291	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942	
2292	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	
2293	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911	
2294	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812	
2295	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2296	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	
2297	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	
2298	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	
2299	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	
2300	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	
2301	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	
2302	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	
2303	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	
2304	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	
2305	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	
2306	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	
2307	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	
2308	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	
2309	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	
2310	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	
2311	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	
2312	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617	
2313	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610	
2314	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013	
2315	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184	
2316	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737	
2317	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744	
2318	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751	
2319	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768	
2320	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603	
2321	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917	
2322	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177	
2323	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	
2324	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2325	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	
2326	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	
2327	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	
2328	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	
2329	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	
2330	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	
2331	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	
2332	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	
2333	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	
2334	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	
2335	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	
2336	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	
2337	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	
2338	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	
2339	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	
2340	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	
2341	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	
2342	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	
2343	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011	
2344	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709	
2345	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581	
2346	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716	
2347	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635	
2348	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2349	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816	
2350	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693	
2351	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	
2352	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	
2353	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	
2354	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513	
2355	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438	
2356	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353	
2357	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599	
2358	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	
2359	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	
2360	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	
2361	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	
2362	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	
2363	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	
2364	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	
2365	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	
2366	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	
2367	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612	
2368	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	
2369	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	
2370	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	
2371	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695	
2372	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	
2373	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	
2374	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	
2375	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	
2376	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	
2377	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2378	Omeprazolium	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	
2379	Omeprazolium	Uitop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	
2380	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	
2381	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	
2382	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	
2383	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	
2384	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	
2385	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	
2386	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	
2387	Oxcarbazezinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823	
2388	Oxcarbazezinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854	
2389	Oxcarbazezinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	
2390	Oxcarbazezinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	
2391	Oxcarbazezinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615	
2392	Oxcarbazezinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714	
2393	Oxcarbazezinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	
2394	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	
2395	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	
2396	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	
2397	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	
2398	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	
2399	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	
2400	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	
2401	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	
2402	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	
2403	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	
2404	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	
2405	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	
2406	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	
2407	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827	
2408	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865	
2409	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902	
2410	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742	
2411	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2412	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	
2413	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	
2414	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	
2415	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	
2416	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	
2417	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	
2418	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	
2419	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	
2420	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	
2421	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	
2422	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	
2423	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	
2424	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05903060634244	
2425	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	
2426	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	
2427	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	
2428	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525	
2429	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	
2430	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532	
2431	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	
2432	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767	
2433	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774	
2434	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842	
2435	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859	
2436	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	
2437	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	
2438	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	
2439	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2440	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640	
2441	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732	
2442	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	
2443	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	
2444	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	
2445	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	
2446	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	
2447	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	
2448	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	
2449	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	
2450	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	
2451	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	
2452	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	
2453	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	
2454	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	
2455	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	
2456	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	
2457	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	
2458	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	
2459	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	
2460	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	
2461	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	
2462	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	
2463	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	
2464	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	
2465	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334	
2466	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681	
2467	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372	
2468	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	
2469	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	
2470	Paroxetinum	Arkedis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	
2471	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990425877	
2472	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990425884	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2473	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991323615	
2474	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991323646	
2475	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05909990798360	
2476	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990798346	
2477	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990010189	
2478	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990010202	
2479	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991006310	
2480	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990570515	
2481	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217	
2482	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	
2483	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	
2484	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	
2485	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	
2486	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	
2487	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	
2488	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	
2489	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	
2490	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	
2491	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	
2492	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	
2493	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	
2494	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	
2495	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	
2496	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	
2497	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311	
2498	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081	
2499	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774	
2500	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aldan Combo, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991561888	
2501	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aldan Combo, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991561864	
2502	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aldan Combo, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991561840	
2503	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554	
2504	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2505	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523	
2506	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	
2507	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	
2508	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	
2509	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	
2510	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	
2511	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	
2512	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	
2513	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	
2514	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	
2515	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	
2516	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	
2517	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	
2518	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	
2519	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	
2520	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519	
2521	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	
2522	Piribedilum	Pronoran, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990846320	
2523	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	
2524	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	
2525	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	
2526	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	
2527	Posaconazolum	Posaconazole Viatris, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	
2528	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	
2529	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2530	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629	
2531	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667	
2532	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	
2533	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699	
2534	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	
2535	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668	
2536	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	
2537	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	
2538	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	
2539	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	
2540	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	
2541	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	
2542	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	
2543	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	
2544	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	
2545	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	
2546	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	
2547	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	
2548	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	
2549	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	
2550	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	
2551	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	
2552	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	
2553	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05900411014441	
2554	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 300 mg	70 szt.	05900411014472	
2555	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05900411014458	
2556	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	
2557	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	
2558	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	
2559	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	
2560	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	
2561	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	
2562	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	
2563	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	
2564	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
2565	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	
2566	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	
2567	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	
2568	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	
2569	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	
2570	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	
2571	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521	
2572	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004	
2573	Progesteronum	Cyclogest, globulki, 400 mg	15 szt.	05909991531089	
2574	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	
2575	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	
2576	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	
2577	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	
2578	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	
2579	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	
2580	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609	
2581	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004	
2582	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 400 mg	15 szt.	05909991569747	
2583	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123	
2584	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	
2585	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	
2586	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farnapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	
2587	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	
2588	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	
2589	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	
2590	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	
2591	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853	
2592	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163	
2593	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389	
2594	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309	
2595	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562	
2596	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593	
2597	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2598	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	
2599	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	
2600	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	
2601	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	
2602	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	
2603	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785	
2604	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990081233	
2605	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761	
2606	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990081196	
2607	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808	
2608	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062	
2609	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857	
2610	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888	
2611	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143	
2612	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235	
2613	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068	
2614	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280	
2615	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	
2616	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	
2617	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	
2618	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	
2619	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	
2620	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	
2621	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	
2622	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	
2623	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2624	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335	
2625	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234	
2626	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272	
2627	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296	
2628	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241	
2629	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265	
2630	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870	
2631	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887	
2632	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856	
2633	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590	
2634	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651	
2635	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583	
2636	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675	
2637	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393	
2638	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461	
2639	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991583842	
2640	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492	
2641	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710	
2642	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516	
2643	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615	
2644	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882	
2645	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417	
2646	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	
2647	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	
2648	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	
2649	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	
2650	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	
2651	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	
2652	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	
2653	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	
2654	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	
2655	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958	
2656	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	
2657	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2658	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	
2659	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910	
2660	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016	
2661	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	
2662	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703	
2663	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170	
2664	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	
2665	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	
2666	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903	
2667	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787	
2668	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	
2669	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	
2670	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	
2671	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	
2672	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358	
2673	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608	
2674	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334	
2675	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	
2676	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341	
2677	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334	
2678	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280	
2679	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303	
2680	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	
2681	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	
2682	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	
2683	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	
2684	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	
2685	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	
2686	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	
2687	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	
2688	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	
2689	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750	
2690	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475	
2691	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217	
2692	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2693	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	
2694	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	
2695	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	
2696	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535	
2697	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	
2698	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	
2699	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	
2700	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	
2701	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	
2702	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440	
2703	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378	
2704	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	
2705	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	
2706	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	
2707	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	
2708	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	
2709	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	
2710	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	
2711	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	
2712	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	
2713	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	
2714	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	
2715	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	
2716	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	
2717	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	
2718	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	
2719	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	
2720	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	
2721	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	
2722	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	
2723	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	
2724	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	
2725	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	
2726	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	
2727	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2728	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	
2729	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ladinorm, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05995327198569	
2730	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ladinorm, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05995327198507	
2731	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ladinorm, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05995327198446	
2732	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ladinorm, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05995327198385	
2733	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05900411009010	
2734	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05900411008976	
2735	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 2,5+1,25 mg	30 szt.	05900411008815	
2736	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 2,5+2,5 mg	30 szt.	05900411008853	
2737	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	30 szt.	05900411008891	
2738	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05900411008938	
2739	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	
2740	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	
2741	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	
2742	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	
2743	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	
2744	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	
2745	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+1,25 mg	28 szt.	05903060630277	
2746	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+2,5 mg	28 szt.	05903060630291	
2747	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+1,25 mg	28 szt.	05903060630239	
2748	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	28 szt.	05903060630253	
2749	Ramiprilum + Indapamidum	Ramizek Inda, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10+1,5 mg	30 szt.	05900411014274	
2750	Ramiprilum + Indapamidum	Ramizek Inda, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 5+1,5 mg	30 szt.	05900411014243	
2751	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	
2752	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	
2753	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	
2754	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	
2755	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990928156	
2756	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	
2757	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258	
2758	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2759	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272	
2760	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289	
2761	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296	
2762	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481	
2763	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344	
2764	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252	
2765	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146	
2766	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524	
2767	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548	
2768	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487	
2769	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500	
2770	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555	
2771	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579	
2772	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586	
2773	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609	
2774	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	
2775	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413	
2776	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512	
2777	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611	
2778	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710	
2779	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683	
2780	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737	
2781	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935	
2782	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031	
2783	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	
2784	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	
2785	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	
2786	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	
2787	Rivaroxabanum	Axaltra, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05901720141125	
2788	Rivaroxabanum	Axaltra, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05901720141576	
2789	Rivaroxabanum	Axaltra, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05901720141156	
2790	Rivaroxabanum	Axaltra, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05901720141583	

[illegible]

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2808	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05907594033412	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2809	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05907594033474	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2810	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05907594033443	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2811	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907594033450	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2812	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05903060626812	
2813	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05903060626829	
2814	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991440398	
2815	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991440435	
2816	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991502454	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2817	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991502423	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2818	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991502508	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2819	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991502485	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2820	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Olpha, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	04750258007387	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2821	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Olpha, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	04750258007394	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2822	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Olpha, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	04750258007417	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2823	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Orion, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991560591	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2824	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Orion, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	06432100101716	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2825	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Orion, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991560607	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2826	Rivaroxabanum	Rivaroxaban Orion, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	06432100101723	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2827	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550	
2828	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05900411013482	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2829	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991503581	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2830	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991503604	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2831	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991503635	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2832	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991503642	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2833	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991355258	
2834	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05909991355449	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2835	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991355470	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2836	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991355395	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2837	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05909991355562	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2838	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991355593	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2839	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991355517	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2840	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991458430	
2841	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991458447	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2842	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991458461	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2843	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991492090	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2844	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991492311	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2845	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991492328	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2846	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991492342	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2847	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991492465	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2848	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991492472	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2849	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 10 mg	15 szt.	05909991435509	
2850	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991435578	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2851	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991435653	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2852	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909990658145	
2853	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601	
2854	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663	
2855	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700	
2856	Rivaroxabanum	Xerdoxo, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	03838989723552	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2857	Rivaroxabanum	Xerdoxo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	03838989723583	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2858	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05995327192956	
2859	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05995327192994	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2860	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05995327193007	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2861	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05995327193038	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2862	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508	
2863	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546	
2864	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2865	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 4,6 mg/24h	8 szt.	05909991506483	
2866	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 9,5 mg/24h	8 szt.	05909991506551	
2867	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	
2868	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	
2869	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	
2870	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	
2871	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	
2872	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 szt.	05909991032609	
2873	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909990066704	
2874	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909990066766	
2875	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646	
2876	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	
2877	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	
2878	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738	
2879	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	
2880	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	
2881	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	
2882	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660	
2883	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	
2884	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	
2885	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745	
2886	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	
2887	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	
2888	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	
2889	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	
2890	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	
2891	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	
2892	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	
2893	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147	
2894	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154	
2895	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2896	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	
2897	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981	
2898	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	
2899	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	
2900	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308	
2901	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322	
2902	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	
2903	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	
2904	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	
2905	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	
2906	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973	
2907	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	
2908	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	
2909	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	
2910	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	
2911	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	
2912	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	
2913	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	
2914	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	
2915	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	
2916	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	
2917	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	
2918	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	
2919	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	
2920	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	
2921	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	
2922	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	
2923	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	
2924	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990013890	
2925	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990013586	
2926	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990013968	
2927	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	
2928	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	
2929	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	
2930	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2931	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	
2932	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	
2933	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	
2934	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	
2935	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	
2936	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	
2937	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	
2938	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991537166	
2939	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991533922	
2940	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	
2941	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	
2942	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	
2943	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883	
2944	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906	
2945	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920	
2946	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875	
2947	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184	
2948	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337	
2949	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375	
2950	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141	
2951	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605	
2952	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799	
2953	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612	
2954	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158	
2955	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984	
2956	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812	
2957	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165	
2958	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103	
2959	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775	
2960	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604	
2961	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950	
2962	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659	
2963	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981	
2964	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673	
2965	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2966	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674	
2967	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698	
2968	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759	
2969	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773	
2970	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841	
2971	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865	
2972	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599	
2973	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636	
2974	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079	
2975	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086	
2976	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093	
2977	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062	
2978	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250	
2979	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304	
2980	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380	
2981	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403	
2982	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458	
2983	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533	
2984	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588	
2985	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663	
2986	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687	
2987	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724	
2988	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786	
2989	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892	
2990	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106	
2991	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182	
2992	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743	
2993	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781	
2994	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873	
2995	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927	
2996	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009	
2997	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061	
2998	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606	
2999	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623	
3000	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3001	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959	
3002	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973	
3003	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685	
3004	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708	
3005	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062	
3006	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086	
3007	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753	
3008	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777	
3009	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562	
3010	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586	
3011	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785	
3012	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333	
3013	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079	
3014	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839	
3015	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340	
3016	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109	
3017	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990777853	
3018	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	
3019	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	
3020	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	
3021	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	
3022	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	
3023	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	
3024	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 30+10 mg	30 szt.	03838989787516	
3025	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 30+10 mg	90 szt.	03838989787554	
3026	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	
3027	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	
3028	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	
3029	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	
3030	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	
3031	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	
3032	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	28 szt.	05900411012713	
3033	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	56 szt.	05900411012737	
3034	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	28 szt.	05900411012775	
3035	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	56 szt.	05900411012799	

lp.	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	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836	
3037	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	56 szt.	05900411012850	
3038	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	
3039	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	
3040	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	
3041	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	
3042	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 10+10 mg	28 szt.	05903060631342	
3043	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 10+10 mg	56 szt.	05903060631359	
3044	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 20+10 mg	28 szt.	05903060631366	
3045	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 20+10 mg	56 szt.	05903060631373	
3046	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 40+10 mg	28 szt.	05903060631380	
3047	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 40+10 mg	56 szt.	05903060631397	
3048	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 5+10 mg	28 szt.	05903060631328	
3049	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Romazic Plus, tabl. powł., 5+10 mg	56 szt.	05903060631335	
3050	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	
3051	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	
3052	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	
3053	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvario Plus, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	
3054	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvario Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	
3055	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvario Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	
3056	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvario Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	
3057	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvario Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	
3058	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvario Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	
3059	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvario Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	
3060	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010	
3061	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	
3062	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	
3063	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928	
3064	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826	
3065	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	
3066	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	
3067	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3068	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431	
3069	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	
3070	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	
3071	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099	
3072	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315	
3073	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	
3074	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	
3075	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	
3076	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 12 mg	28 szt.	05909991089313	
3077	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 16 mg	28 szt.	05909991089412	
3078	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 4 mg	30 szt.	05909991089214	
3079	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991551636	
3080	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991551551	
3081	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739	
3082	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654	
3083	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317	
3084	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218	
3085	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685	
3086	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692	
3087	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990804375	
3088	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368	
3089	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990804351	
3090	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344	
3091	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615	
3092	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622	
3093	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660	
3094	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516	
3095	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523	
3096	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561	
3097	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621	
3098	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690	
3099	Sertralinum	Sertraline Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566457136	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3100	Sertralinum	Sertraline Medreg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	08595566457051	
3101	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163	
3102	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040	
3103	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963	
3104	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925	
3105	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215	
3106	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116	
3107	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472	
3108	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982	
3109	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	
3110	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	
3111	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	
3112	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	
3113	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	
3114	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	
3115	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279	
3116	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286	
3117	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293	
3118	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532	
3119	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990649655	
3120	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110	
3121	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219	
3122	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318	
3123	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650	
3124	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667	
3125	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273	
3126	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297	
3127	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334	
3128	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591	
3129	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812	
3130	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829	
3131	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031	
3132	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616	
3133	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715	
3134	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3135	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012	
3136	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111	
3137	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714	
3138	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114	
3139	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213	
3140	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215	
3141	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314	
3142	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913	
3143	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026	
3144	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124	
3145	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	
3146	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	
3147	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05901812162564	
3148	Sitagliptinum	Jazeta Novum, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	08594739274563	
3149	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05995327182650	
3150	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05995327182667	
3151	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	03838989721473	
3152	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	03838989721466	
3153	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558	
3154	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907626709803	
3155	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137	
3156	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970	
3157	Sitagliptinum	Sitagliptin Bioton, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05903792662263	
3158	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05903792662294	
3159	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991470883	
3160	Sitagliptinum	Sitagliptin Stada, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991481131	
3161	Sitagliptinum	Sitagliptin TZF, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05904016030707	
3162	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05905669739351	
3163	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Jamesi Novum, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	08594739274570	
3164	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Jamesi Novum, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	08594739274587	
3165	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Sitagliptin/Metformin hydrochloride SUN, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991729219	
3166	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3167	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	
3168	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	
3169	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	
3170	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	
3171	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	
3172	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	
3173	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	
3174	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	
3175	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	
3176	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	
3177	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	
3178	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	
3179	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	
3180	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197	
3181	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727	
3182	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	
3183	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	
3184	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	
3185	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	
3186	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	
3187	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758	
3188	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741	
3189	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3190	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226	
3191	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991461393	
3192	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991461317	
3193	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960	
3194	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922	
3195	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135	
3196	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394	
3197	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991314620	
3198	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991314545	
3199	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304	
3200	Solifenacini succinas	Solino, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388	
3201	Solifenacini succinas	Solino, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340	
3202	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777	
3203	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753	
3204	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640	
3205	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633	
3206	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069	
3207	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995	
3208	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148	
3209	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05906720537404	
3210	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117	
3211	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05906720537398	
3212	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315	
3213	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308	
3214	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285	
3215	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278	
3216	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095	
3217	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061	
3218	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	
3219	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991519230	
3220	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926	
3221	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3222	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	
3223	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	
3224	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	
3225	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	
3226	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	
3227	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	
3228	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	
3229	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	
3230	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124	
3231	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651	
3232	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668	
3233	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	
3234	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	
3235	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	08595566454760	
3236	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	20 szt.	08595566454715	
3237	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	
3238	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	
3239	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000	
3240	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161	
3241	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426	
3242	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847	
3243	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	
3244	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	
3245	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	
3246	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	
3247	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	
3248	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	
3249	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3250	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	
3251	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	
3252	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	
3253	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	
3254	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	
3255	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	
3256	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	
3257	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	
3258	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	
3259	Szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana	Influvac, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka (0,5 ml)	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05901797711283	
3260	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	
3261	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	
3262	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	
3263	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	
3264	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052	
3265	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	
3266	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	
3267	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	
3268	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024	
3269	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	
3270	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	
3271	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	
3272	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	
3273	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709	
3274	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3275	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	
3276	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	
3277	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713	
3278	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	
3279	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	
3280	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	
3281	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	
3282	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017	
3283	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	
3284	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920	
3285	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883	
3286	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906	
3287	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726	
3288	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501	
3289	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006	
3290	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794	
3291	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642	
3292	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598	
3293	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585	
3294	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685	
3295	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592	
3296	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692	
3297	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196	
3298	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257	
3299	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007	
3300	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184	
3301	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3302	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321	
3303	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451	
3304	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845	
3305	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948	
3306	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992	
3307	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036	
3308	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808	
3309	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895	
3310	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221	
3311	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214	
3312	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081	
3313	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068	
3314	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075	
3315	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235	
3316	Tamsulosinum	Omnice 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418	
3317	Tamsulosinum	Omnice Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070	
3318	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	
3319	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	
3320	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	
3321	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	60 szt.	05909990998036	
3322	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	
3323	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	
3324	Tapentadolium	Tadamon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	09008732017571	
3325	Tapentadolium	Tadamon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	09008732017663	
3326	Tapentadolium	Tadamon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	09008732017724	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3327	Tapentadolium	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	60 szt.	09008732017458	
3328	Tapentadolium	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	09008732017786	
3329	Tapentadolium	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	09008732017519	
3330	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	
3331	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	
3332	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	
3333	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	
3334	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	
3335	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	
3336	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	
3337	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861	
3338	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908	
3339	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960	
3340	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991	
3341	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991391713	
3342	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991391720	
3343	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768	
3344	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867	
3345	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801	
3346	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	
3347	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991388003	
3348	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991388034	
3349	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	
3350	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	
3351	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	
3352	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	
3353	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	
3354	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	
3355	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	
3356	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	
3357	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	
3358	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	
3359	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	
3360	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	
3361	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3362	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	
3363	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	
3364	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	
3365	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	
3366	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	
3367	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	
3368	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	
3369	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	
3370	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	
3371	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	
3372	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	
3373	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	
3374	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	
3375	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	
3376	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	
3377	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	
3378	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	
3379	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	
3380	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	
3381	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	
3382	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 40 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764234	
3383	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764241	
3384	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 25 mg	28 szt.	03838989764289	
3385	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764319	
3386	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	
3387	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	
3388	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	
3389	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	
3390	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	
3391	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	
3392	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	
3393	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3394	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	
3395	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	
3396	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	
3397	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	
3398	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	
3399	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	
3400	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	
3401	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	
3402	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991020026	
3403	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	
3404	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	
3405	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	
3406	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	
3407	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	
3408	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	
3409	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	
3410	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	
3411	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	
3412	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	
3413	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	
3414	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	
3415	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	
3416	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	
3417	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3418	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	
3419	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	
3420	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	
3421	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	
3422	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	
3423	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	
3424	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	
3425	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	
3426	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	
3427	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	
3428	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	
3429	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	
3430	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	
3431	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	
3432	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	
3433	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	
3434	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	
3435	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	
3436	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	
3437	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	
3438	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	
3439	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3440	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	
3441	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	
3442	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	
3443	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	
3444	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	
3445	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	
3446	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	
3447	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	
3448	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	
3449	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	
3450	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	
3451	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	
3452	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	
3453	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	
3454	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	
3455	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	
3456	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	
3457	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	
3458	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	
3459	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	
3460	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	
3461	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	
3462	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	
3463	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	
3464	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	
3465	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3466	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	
3467	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	
3468	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	
3469	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	
3470	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	
3471	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	
3472	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	
3473	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	
3474	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	
3475	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	
3476	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	
3477	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	
3478	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	
3479	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839	
3480	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846	
3481	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822	
3482	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016	
3483	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	
3484	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245	
3485	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821	
3486	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	
3487	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	
3488	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991456276	
3489	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł. 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	
3490	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3491	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	
3492	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	
3493	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	
3494	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	
3495	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641	
3496	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	
3497	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	
3498	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	
3499	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	
3500	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	
3501	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	
3502	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495	
3503	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464	
3504	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488	
3505	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471	
3506	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169	
3507	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084	
3508	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145	
3509	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990759019	
3510	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990759118	
3511	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990758814	
3512	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990758913	
3513	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671496	
3514	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502	
3515	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990671472	
3516	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489	
3517	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	
3518	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3519	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	
3520	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	
3521	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	
3522	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	
3523	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	
3524	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	
3525	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	
3526	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	
3527	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	
3528	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	
3529	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	
3530	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	
3531	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	
3532	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	
3533	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	
3534	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	
3535	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	
3536	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	
3537	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	
3538	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	
3539	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	
3540	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	
3541	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	
3542	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3543	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	
3544	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	
3545	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	
3546	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	
3547	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	
3548	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	
3549	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	
3550	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	
3551	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	
3552	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	
3553	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	
3554	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	
3555	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	
3556	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	
3557	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	
3558	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	
3559	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	
3560	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	
3561	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	
3562	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	
3563	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	
3564	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	
3565	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	
3566	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6

3567	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	
3568	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	
3569	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	
3570	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	
3571	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	
3572	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	
3573	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	
3574	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	
3575	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	
3576	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Zaldiar, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991107376	
3577	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	
3578	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	
3579	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	
3580	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	
3581	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	07613421191573	
3582	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	
3583	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	07613421191566	
3584	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	
3585	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	
3586	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	
3587	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106	
3588	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	
3589	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6

3590	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	
3591	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	
3592	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	
3593	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	
3594	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	
3595	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75 mg, 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	
3596	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0,1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	
3597	Trójwartentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Vaxigrip, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk.	05909991561505	
3598	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	
3599	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	
3600	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	
3601	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381	
3602	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763	
3603	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695	
3604	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990751877	
3605	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990751594	
3606	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067	
3607	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081	
3608	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159	
3609	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961	
3610	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985	
3611	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990682065	
3612	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990681877	
3613	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990074969	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3614	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983	
3615	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990	
3616	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147	
3617	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990074945	
3618	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853	
3619	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860	
3620	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608	
3621	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455	
3622	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	
3623	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	
3624	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480	
3625	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459	
3626	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	
3627	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740864	
3628	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	
3629	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	
3630	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	
3631	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	
3632	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	
3633	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	
3634	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	
3635	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	
3636	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	
3637	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3638	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	
3639	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	
3640	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	
3641	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	
3642	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	
3643	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	
3644	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	
3645	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	
3646	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	
3647	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	
3648	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	
3649	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990704132	
3650	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990704262	
3651	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	
3652	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	
3653	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	
3654	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 160 + 1,5 mg	30 szt.	03838989768560	
3655	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 80 + 1,5 mg	30 szt.	03838989773632	
3656	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	
3657	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	
3658	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	
3659	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3660	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991453879	
3661	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901	
3662	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	
3663	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	
3664	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	
3665	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650	
3666	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990660636	
3667	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643	
3668	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	
3669	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	
3670	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	
3671	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	
3672	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	
3673	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760	
3674	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	
3675	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	
3676	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502	
3677	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	
3678	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	
3679	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	
3680	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	
3681	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802	
3682	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3683	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	
3684	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	
3685	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	
3686	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490	
3687	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	
3688	Venlafaxinum	Symfazin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	
3689	Venlafaxinum	Symfazin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096	
3690	Venlafaxinum	Symfazin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	
3691	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	
3692	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982	
3693	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	
3694	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	
3695	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	
3696	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	
3697	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971	
3698	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	
3699	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419	
3700	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211	
3701	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310	
3702	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	
3703	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	
3704	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	
3705	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991729721	
3706	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991729684	
3707	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3708	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	
3709	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	
3710	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	
3711	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	
3712	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	
3713	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	
3714	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Diptivil Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991573423	
3715	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Diptivil Duo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991573393	
3716	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	
3717	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	
3718	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	
3719	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	
3720	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05702150155153	
3721	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05702150155788	
3722	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05702150155146	
3723	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	
3724	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	
3725	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań,	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	
3726	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	
3727	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990681358	
3728	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	
3729	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	
3730	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	
3731	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729	
3732	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828	

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acidum ursodeoxycholicum	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	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991564292
12	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
13	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152
14	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
15	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
16	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
17	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
18	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
19	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
20	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
21	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
22	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354
23	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323
24	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286
25	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
26	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082
27	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
28	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
29	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169
30	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
31	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
32	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925
33	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
34	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
35	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332
36	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
37	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
38	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
39	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615
40	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714
41	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813
42	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 daw.	05907626709476
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421047047
46	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909991137458
47	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909991137625
48	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909991283971
49	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909991136932
50	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909991136963
51	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh. po 60 daw.	05903060620971
52	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh. po 60 daw.	05903060620988
53	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh. po 60 daw.	05903060620995
54	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
55	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909990873241
56	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909990872886
57	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
58	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
59	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
60	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
61	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
62	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
63	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
64	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
65	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
66	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
67	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
68	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
69	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
70	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454
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 ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581
80	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543
81	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550
82	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567
83	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574
84	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
85	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
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	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583798
127	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583804
128	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurospira, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 120 daw.	05909991583781
129	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
130	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
131	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
132	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
133	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
134	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
135	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
136	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
137	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
138	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
139	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
140	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
141	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
142	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
143	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
144	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
145	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
146	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
147	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
148	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
149	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
150	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
151	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
152	Fluticasonum + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 60 daw.	05909991579807
153	Fluticasonum + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 60 daw.	05909991593414
154	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
155	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
156	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990937981
157	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
158	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
159	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
160	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287
161	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294
162	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
163	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
164	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
165	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
166	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000
167	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
168	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
169	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
170	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
171	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
172	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
173	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
174	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
175	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562
176	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741
177	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909991201982

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
178	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717
179	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
180	Insulinum glarginum	Semglee, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05397315001460
181	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
182	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
183	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
184	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
185	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
186	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	0590999058566
187	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
188	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	0590999058573
189	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
190	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	0590999058580
191	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
192	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
193	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
194	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
195	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
196	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
197	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
198	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
199	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
200	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
201	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
202	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
203	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
204	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
205	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
206	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
207	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
208	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
209	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
210	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
211	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
212	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
213	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
214	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
215	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991185879
216	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
217	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
218	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
219	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
220	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
221	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
222	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
223	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
224	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
225	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
226	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
227	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
228	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
229	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
230	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
231	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
232	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
233	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
234	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
235	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
236	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
237	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
238	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755
239	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
240	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
241	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909991374501
242	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
243	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
244	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
245	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
246	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
247	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652
248	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
249	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
250	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
251	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
252	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
253	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183
254	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
255	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
256	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
257	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037
258	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
259	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
260	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
261	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
262	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
263	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
264	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203
265	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180
266	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272
267	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
268	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841
269	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
270	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
271	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
272	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
273	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
274	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
275	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
276	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
277	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
278	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
279	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
280	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
281	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
282	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
283	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
284	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
285	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
286	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
287	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
288	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
289	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
290	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
291	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
292	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
293	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
294	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
295	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
296	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
297	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
298	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
299	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
300	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
301	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
302	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
303	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fioł.po 1 ml	05909990154814
304	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fioł.po 1 ml	05909990236312
305	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215
306	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123
307	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
308	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
309	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
310	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
311	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
312	Metoprololi tartar	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
313	Metoprololi tartar	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
314	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990670758
315	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
316	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
317	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
318	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
319	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
320	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
321	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
322	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
323	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
324	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
325	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
326	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255
327	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
328	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
329	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
330	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
331	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
332	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013
333	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481
334	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
335	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
336	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
337	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090
338	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
339	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
340	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
341	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
342	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
343	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
344	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
345	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823
346	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854
347	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
348	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
349	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615
350	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
351	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
352	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
353	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699
354	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
355	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668
356	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
357	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
358	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
359	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
360	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
361	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321
362	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
363	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352
364	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345
365	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338
366	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352
367	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383
368	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406
369	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420
370	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345
371	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338
372	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444
373	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
374	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004
375	Progesteronum	Cyclogest, globulki, 400 mg	15 szt.	05909991531089
376	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
377	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
378	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
379	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
380	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
381	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
382	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
383	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004
384	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 400 mg	15 szt.	05909991569747
385	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
386	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928
387	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826
388	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
389	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
390	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424
391	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431
392	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
393	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
394	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099
395	Szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana	Influvac, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka (0,5 ml)	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05901797711283
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	Trójwalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Vaxigrip, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk.	05909991561505

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	Ivosidenibum	Tibsovo, tabl. powł. 250 mg	60 szt.	03664898120737
3	Mirvetuximabum soravtansinum	Elahere, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. 20 ml	08054083029306
4	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043
5	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012
6	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029
7	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036
8	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508
9	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696
10	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165939
11	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165922
12	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529
13	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536
14	Toripalimab	Loqtorzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240 mg	1 fiol.	04150199715806
15	Trametinibum	Spexotras, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,05 mg/ml	1 but.	09088885532749

G 1. Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
7	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229
10	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
11	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
13	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
14	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
15	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
17	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994
18	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
19	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
20	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519
21	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502
22	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564
23	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540
24	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818
25	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
26	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
27	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
28	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
29	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
30	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
31	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
32	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
33	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
34	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
35	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
36	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
37	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
38	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
39	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
40	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
41	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
42	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
43	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
44	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
45	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
46	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
47	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
48	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029
49	Apixabanum	Apixaban Gedeon Richter, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05907594033672
50	Apixabanum	Apixaban Gedeon Richter, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05907594033696
51	Apixabanum	Apixaban Gedeon Richter, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05907594033719
52	Apixabanum	Poltixa, tabl. powł., 2,5 mg	60 szt.	05909991457136
53	Apixabanum	Poltixa, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991457198
54	Apixabanum	Vyselík, kaps. twarde, 2,5 mg	20 szt.	05901085059028
55	Apixabanum	Vyselík, kaps. twarde, 2,5 mg	60 szt.	05901085059035
56	Apixabanum	Vyselík, kaps. twarde, 5 mg	60 szt.	05901085059042
57	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168
58	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175
59	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199
60	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205
61	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273
62	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266
63	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
64	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
65	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
66	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
67	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
68	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
69	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991232634
70	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991232658

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696
72	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
73	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
74	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
75	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
76	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
77	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
78	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
79	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
80	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717
81	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
82	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
83	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
84	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
85	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
86	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
87	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161
88	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178
89	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185
90	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208
91	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
92	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
93	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
94	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
95	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
96	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
97	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
98	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
99	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412
100	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518
101	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421
102	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520
103	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608
104	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529
105	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420
106	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049
107	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
108	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070
109	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063
110	Bromocriptinum	Bromocom, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
111	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
112	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
113	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140
114	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171
115	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089
116	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119
117	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027
118	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058
119	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969
120	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990
121	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
122	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
123	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
124	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
125	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
126	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129
127	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
128	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
129	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
130	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
131	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
132	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
133	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
134	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
135	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
136	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840
137	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857
138	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697
139	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703
140	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729
141	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736
142	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793
143	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
144	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
145	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441
146	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250
147	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409
148	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416
149	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
150	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667
151	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
152	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803
153	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514
154	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964
155	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117
156	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416
157	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
158	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916
159	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012
160	Clonidini hydrochloridum	Iporel, tabl., 0,075 mg	50 szt.	05909990282814
161	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011
162	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715
163	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
164	Danazolium	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339
165	Dapagliflozinum	Dapazyna, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05904055005957
166	Dapagliflozinum	Diaflix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05903060625624
167	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
168	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611
169	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
170	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
171	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
172	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
173	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
174	Diazepamum	Relsed, mikrowlewkka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
175	Diazepamum	Relsed, mikrowlewkka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
176	Diclofenacum natrium	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614
177	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413
178	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420
179	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380
180	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314
181	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
182	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912
183	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
184	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
185	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
186	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
187	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
188	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
189	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
190	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
191	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
192	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
193	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
194	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
195	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
196	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
197	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
198	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
199	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990971473
200	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990971558
201	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991014728
202	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991014759
203	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517
204	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
205	Ezetimibum	Ezechron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
206	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601
207	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
208	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
209	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835
210	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828
211	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
212	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
213	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
214	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
215	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339
216	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500
217	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609
218	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
219	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708
220	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807
221	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
222	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311
223	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045
224	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
225	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
226	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
227	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261
228	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
229	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
230	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
231	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
232	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219
233	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798
234	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
235	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
236	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
237	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
238	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
239	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
240	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
241	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
242	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
243	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
244	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
245	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
246	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
247	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
248	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
249	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
250	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
251	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
252	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
253	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
254	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
255	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
256	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
257	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
258	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
259	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
260	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
261	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
262	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
263	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
264	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
265	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
266	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
267	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
268	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
269	Glycopyrronii bromidum	Amidil AmiHaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg/dawkę dostarczoną	30 szt. + 1 inhalator	05903060630574
270	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
271	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
272	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
273	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
274	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
275	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
276	Hydroxychloroquini sulfas	Hydroxychloroquine Adamed, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909991493950
277	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
278	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Amidil Combo AmiHaler, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 85 mcg + 43 mcg /dawkę	30 szt. + 1 inhal.	05903060632318
279	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
280	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
281	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
282	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
283	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
284	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
285	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
286	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
287	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
288	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
289	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
290	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814
291	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593
292	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
293	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205
294	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938
295	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212
296	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969
297	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229
298	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
299	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
300	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
301	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
302	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718
303	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
304	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
305	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
306	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
307	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014
308	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
309	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129
310	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726
311	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733
312	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
313	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034
314	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267
315	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
316	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
317	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
318	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
319	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
320	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
321	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
322	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
323	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
324	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
325	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110
326	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118
327	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
328	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
329	Megestrol acetate	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
330	Megestrolu acetat	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977
331	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
332	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
333	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568
334	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575
335	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
336	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
337	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
338	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
339	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
340	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
341	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
342	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
343	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
344	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
345	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
346	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
347	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
348	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
349	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948
350	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962
351	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051
352	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391
353	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311
354	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655
355	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618
356	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625
357	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312
358	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
359	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
360	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
361	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
362	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
363	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
364	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
365	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
366	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991

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	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
368	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
369	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
370	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
371	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
372	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
373	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
374	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438
375	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536
376	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515
377	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543
378	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
379	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
380	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189
381	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202
382	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
383	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519
384	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526
385	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
386	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
387	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
388	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805
389	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782
390	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910
391	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367
392	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927
393	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343
394	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
395	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911
396	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812
397	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
398	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
399	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
400	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
401	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
402	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
403	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705

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	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
405	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
406	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
407	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
408	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
409	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
410	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610
411	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013
412	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184
413	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737
414	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744
415	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751
416	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768
417	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603
418	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917
419	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177
420	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
421	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
422	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
423	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
424	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
425	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
426	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
427	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
428	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
429	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
430	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
431	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
432	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
433	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
434	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
435	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
436	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
437	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
438	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
439	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
440	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011

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	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709
442	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581
443	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716
444	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635
445	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723
446	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816
447	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693
448	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513
449	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438
450	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353
451	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599
452	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717
453	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
454	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
455	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05903060634244
456	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164
457	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
458	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
459	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525
460	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532
461	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217
462	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
463	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
464	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
465	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
466	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
467	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311
468	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081
469	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774
470	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aldan Combo, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991561888
471	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aldan Combo, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991561864
472	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aldan Combo, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991561840
473	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400
474	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332
475	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387
476	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301
477	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
478	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
479	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
480	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678
481	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
482	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
483	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
484	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
485	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
486	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
487	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
488	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
489	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
490	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05900411014441
491	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 300 mg	70 szt.	05900411014472
492	Pregabalinum	Egzysta, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05900411014458
493	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
494	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
495	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
496	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
497	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
498	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
499	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
500	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123
501	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
502	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
503	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
504	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
505	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857
506	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888
507	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590
508	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651
509	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583
510	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675
511	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710
512	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516
513	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
514	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
515	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
516	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
517	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
518	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
519	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
520	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
521	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
522	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
523	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
524	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
525	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759
526	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
527	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
528	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
529	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
530	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
531	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
532	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
533	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
534	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
535	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
536	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
537	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05900411009010
538	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05900411008976
539	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 2,5+1,25 mg	30 szt.	05900411008815
540	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 2,5+2,5 mg	30 szt.	05900411008853
541	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	30 szt.	05900411008891
542	Ramiprilum + Bisoprololi fumaras	Ramizek Plus, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05900411008938
543	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+1,25 mg	28 szt.	05903060630277
544	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+2,5 mg	28 szt.	05903060630291
545	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+1,25 mg	28 szt.	05903060630239
546	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	28 szt.	05903060630253
547	Ramiprilum + Indapamidum	Ramizek Inda, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10+1,5 mg	30 szt.	05900411014274
548	Ramiprilum + Indapamidum	Ramizek Inda, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 5+1,5 mg	30 szt.	05900411014243
549	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
550	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
551	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
552	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
553	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05907594033344
554	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05907594033429
555	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05907594033399
556	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05907594033405
557	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05907594033412
558	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05907594033474
559	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05907594033443
560	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907594033450
561	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991440398
562	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991440404
563	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991440350
564	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991440435
565	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991440442
566	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550
567	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05900411013482
568	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991503581
569	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991503604
570	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 2,5 mg	56 szt.	05909991503512
571	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991503635
572	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991503642
573	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508
574	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546
575	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991528584
576	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	05909991528485
577	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621
578	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909991528607
579	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991528614
580	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184
581	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337
582	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375
583	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604
584	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950
585	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659
586	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981
587	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673
588	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574

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	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674
590	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698
591	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759
592	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773
593	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841
594	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865
595	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599
596	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636
597	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
598	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647
599	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
600	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
601	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
602	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
603	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
604	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
605	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
606	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
607	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
608	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
609	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
610	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
611	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	28 szt.	05900411012713
612	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	56 szt.	05900411012737
613	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	28 szt.	05900411012775
614	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	56 szt.	05900411012799
615	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836
616	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	56 szt.	05900411012850
617	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
618	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
619	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
620	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
621	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010
622	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
623	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
624	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685
625	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
626	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
627	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286
628	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
629	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
630	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715
631	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
632	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05901812162564
633	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558
634	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137
635	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970
636	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727
637	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659
638	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172
639	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042
640	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325
641	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226
642	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061
643	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164
644	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
645	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
646	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
647	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
648	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
649	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
650	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
651	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
652	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
653	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
654	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
655	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
656	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
657	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
658	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
659	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
660	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
661	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
662	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
663	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
664	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
665	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
666	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
667	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
668	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
669	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
670	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
671	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
672	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
673	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
674	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
675	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
676	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
677	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
678	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
679	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
680	tert-Butylamini Perindoprilum	Prelessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
681	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
682	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
683	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860
684	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877
685	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839
686	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846
687	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921
688	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938
689	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891
690	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907
691	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prelessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569
692	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prelessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
693	Tianeptinum natrium	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
694	Ticagrelorum	Tikozek, kaps. twarde, 60 mg	56 szt.	05909991573010
695	Ticagrelorum	Tikozek, kaps. twarde, 90 mg	56 szt.	05909991573034
696	Torasemidum	Astorid, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991525484
697	Torasemidum	Astorid, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991525491
698	Torasemidum	Astorid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991525477
699	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990733552

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
700	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990733569
701	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991340100
702	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	60 szt.	05909991340117
703	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990734504
704	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990734528
705	Torasemidum	Toradiur, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991426811
706	Torasemidum	Toradiur, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991426804
707	Torasemidum	Toramide, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991162115
708	Torasemidum	Toramide, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991161910
709	Torasemidum	Toramide, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991268350
710	Torasemidum	Toramide, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991162016
711	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
712	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
713	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
714	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
715	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
716	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
717	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
718	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
719	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595
720	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601
721	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618
722	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
723	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
724	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
725	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
726	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
727	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
728	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
729	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
730	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
731	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
732	Trimetazidini dihydrochloridum	Metazydyna, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990861330
733	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991210083
734	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990846115
735	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991097592
736	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990919680

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
737	Trimetazidini dihydrochloridum	Setal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990646746
738	Trimetazidini dihydrochloridum	Trimeductan MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909991151812
739	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763
740	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695
741	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
742	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
743	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480
744	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459
745	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419
746	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211
747	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310
748	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177

G 2.Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
3	Alfacalcidolum	Alfadiol, kaps. miękkie, 0,25 µg	100 szt.	05909990296828
4	Alfacalcidolum	Alfadiol, kaps. miękkie, 1 µg	100 szt.	05909990296927
5	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
6	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
7	Aripirazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
8	Aripirazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
9	Aripirazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
10	Aripirazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
11	Aripirazolum	Aribit, tabl., 5 mg	28 szt.	05907529463215
12	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
13	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
14	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
15	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
16	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
17	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
18	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
19	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
20	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
21	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
22	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
23	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
24	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
25	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
26	Insulinum humanum	Polhuman Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
27	Insulinum humanum	Polhuman Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
28	Insulinum humanum	Polhuman Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
29	Insulinum humanum	Polhuman Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
30	Insulinum humanum	Polhuman N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
31	Insulinum humanum	Polhuman R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
32	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
33	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
34	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
35	Ticagrelorum	Ticatrom, tabl. powł., 60 mg	56 szt.	05909991502584
36	Ticagrelorum	Ticatrom, tabl. powł., 90 mg	56 szt.	05909991502560
37	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
38	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
39	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351